

# Zeugnis über den Krankenpflagedienst

gemäß Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

## Certificate about practical nursing

According to Annex 5 (§ 6 sub-section 4 sentence 2 Licensing Ordinance)

Name, Vorname / *Surname, first name* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / *Date of birth* \_\_\_\_\_

Geburtsort / *Place of birth* \_\_\_\_\_

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet. / *has done his/her practical nursing under my supervision in the institution stated below.*

Dauer des Krankenpflagedienstes / *Duration of the practical nursing*

Von / *from* \_\_\_\_\_ bis / *until* \_\_\_\_\_

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / *The practical nursing was interrupted:*

nein / *no*

ja von / *yes, from* \_\_\_\_\_ bis / *until* \_\_\_\_\_

Ort / *Location* \_\_\_\_\_, den / *Date* \_\_\_\_\_

Siegel/Stempel / *Seal/stamp*

Name des Krankenhauses / *Name of the hospital*

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes / *Signature of the nursing supervisor*)