

Zeugnis über den Krankenpflegedienst

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

Attestation de stage infirmier

visée par l'Annexe 5 (art. 6, 4ème alinéa, phrase 2, du Règlement portant sur l'autorisation d'exercer la médecine)

Name, Vorname / *Nom, prénom* _____

Geburtsdatum / *Date de naissance* _____

Geburtsort / *Lieu de naissance* _____

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflegedienst abgeleistet. / *a effectué sous ma direction un stage infirmier dans le cadre de sa formation médicale dans l'établissement hospitalier mentionné ci-dessous*

Dauer des Krankenpflegedienstes / *Durée du stage infirmier*

Von / *Du* _____ bis / *au* _____

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / *La formation a été interrompue:*

nein / *non*

ja von / *oui, du* _____ bis / *au* _____

Ort / *Lieu* _____, den / *Date* _____

Siegel/Stempel / *Sceau/cachet*

Name des Krankenhauses / *Nom de l'établissement hospitalier*

Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes / *Signature du directeur du service de soins*)