

## **Zeugnis über den Krankenpflagedienst *Diploma sobre o serviço de enfermagem***

gemäß Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO) / em conformidade com o anexo 5 (art. 6 alínea 4 item 2 da ÄAppO)

Name, Vorname - *Sobrenome, nome* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum - *Data de nascimento* \_\_\_\_\_

Geburtsort - *Lugar de nascimento* \_\_\_\_\_

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.  
*realizou sob minha direção o serviço de enfermagem que é parte da formação médica no hospital abaixo indicado.*

Dauer des Krankenpflagedienstes / *Duração do serviço de enfermagem*

Von / *de:* \_\_\_\_\_ bis / *a:* \_\_\_\_\_

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / *A formação foi interrompida*

nein / *não*

ja von / *sim, de::* \_\_\_\_\_ bis / *a :* \_\_\_\_\_

Ort / *Lugar:* \_\_\_\_\_, den / *aos* \_\_\_\_\_

Siegel/Stempel / *Selo/carimbo*

Name des Krankenhauses / *Nome do hospital*

---

(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes / *Assintura do diretor do serviço de enfermagem*)