

## Zeugnis über den Krankenpflagedienst

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

## Certificado Servicio de Enfermería

conforme al anexo 5 (§ 6, Parr. 4, parte 2 ÄAppO)

Name, Vorname / *Apellido y nombre* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / *Fecha de nacimiento* \_\_\_\_\_

Geburtsort / *Lugar der nacimiento* \_\_\_\_\_

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet. / *ha realizado prácticas de enfermería, dentro de su carrera de Medicina, en el hospital mencionado más adelante, bajo mi supervisión.*

Dauer des Krankenpflagedienstes / *Duración de las prácticas*

Von / *Desde* \_\_\_\_\_ bis / *hasta* \_\_\_\_\_

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / *La formación ha sido interrumpida:*

nein / *no*

ja von / *sí, desde* \_\_\_\_\_ bis / *hasta* \_\_\_\_\_

Ort / *Sitio* \_\_\_\_\_, den / *Fecha* \_\_\_\_\_

Siegel/Stempel / *Sello*

Name des Krankenhauses / *Nombre del hospital*

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes / *Firma del jefe del servicio*)