

Zeugnis über den Krankenpflagedienst / Hastabakıcılık belgesi

gemäß Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO) / Ek 5 uyarınca (Hekimler İçin Lisans Düzenlemesi (ÄAppO) § 6 Fıkra 4 Bent 2 içindir)

Name, Vorname / Soyadı, adı _____

Geburtsdatum / Doğum tarihi _____

Geburtsort / Doğum yeri _____

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet. / Yukarıda adı yazılı kişi aşağıdaki hastanede benim idaremdede tıbbi meslek eğitimi çerçevesinde hastabakıcılık yapmıştır.

Dauer des Krankenpflagedienstes / Hastabakıcılığın süresi

Von / Şu tarihten _____ bis / şu tarihe kadar _____

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / Meslek eğitimi yarıda kesildi:

nein / Hayır

ja, von / Evet, şu tarihten _____ bis / şu tarihe kadar _____

Ort / Şehir _____, den / tarih _____

Siegel/Stempel / Mühür/Damga

Name des Krankenhauses / Hastanenin adı

(Unterschrift des Leiters des Pflagedienstes) / Bakıcılık hizmeti müdürünün imzası)