

Bescheinigung über das Praktische Jahr

gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 ÄAppO)

Certificate for the practical Hospital Training

according to annex 4 (§3, sub-section 5, Licensing Ordinance)

[ab 01.01.2014: Anlage 4 zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 4 und 5 ÄAppO]

[from 01.01.2014: Annex 4 to § 3, sub-section 5, § 10, sub-section 4, Licensing Ordinance]

Der/Die Studierende der Medizin – *The Medical Student*

Name, Vorname – *Surname, first name* _____

Geburtsdatum – *Date of birth* _____

Geburtsort – *Place of birth* _____

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. / *regularly and properly attended the training which took place under my supervision in the clinic / hospital, emergency unit or general practitioners mentioned below.*

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für / *The training took place in the department of / at the general practitioners for* _____

Die Ausbildung wurde in / *The training took place*

Vollzeit / *full-time*

Teilzeit mit einem Umfang von _____ %* der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt. / *part-time with a scope of _____ %* of the weekly training time.*

Dauer der Ausbildung – *Duration of the training*

Von – *from* _____ bis – *until* _____

Fehlzeiten - *Absences*

nein - *no*

ja von – *yes from* _____ bis – *until* _____

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität / *The hospital, general practitioners or out-patients' department has been appointed a teaching hospital, teaching practice or teaching establishment by the University of:* _____

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden. / *The training took place at a recognised training hospital of the University.*

Ort – *Name of Institution* _____ den – *date* _____

Siegel/Stempel** - *Seal/Stamp***

*Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte /
Signature of the instructing physicians:*

Erläuterung zur Anlage 4

*) erlaubte Teilzeitmaße nach § 3 Abs. 1 ÄAppO: 50 Prozent oder 75 Prozent

**) Sofern das PJ-Tertial nicht am Klinikum der LMU oder einem Lehrkrankenhaus der LMU durchgeführt wurde, so ist das Zeugnis

gemäß Anlage 4 mit dem Stempel des (externen) Krankenhauses und dem Siegel der externen Universität zu versehen.

Explanation on Annex 4

*) permitted part-time scopes pursuant to § 3 sub-section 1 Licensing Ordinance: 50 per cent or 75 per cent

**) to the extent that the practical hospital training did not take place at the hospital of the LMU or a teaching hospital of the LMU, the certificate is to be provided with the stamp of the (external) hospital and the seal of the external university.

Dieses Schreiben wurde von einem öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer der Landessprache erstellt.
Medizinisches Dekanat der LMU

This document has been produced by a publicly appointed and sworn translator of the national language.
Medical Dean's Office of the LMU