

Bescheinigung über das Praktische Jahr

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

Certificado de la formación médica práctica

conforme al anexo 4 (§ 3, Parr. 5, § 10 Parr. 5 ÄAppO)

lab 01.01.2014: Anlage 4 zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 4 und 5 ÄAppO

Idesde el 1.01.2014: anexo 4 § 3, Parr. 5, § 10 Parr. 4 y 5 ÄAppO

Der/Die Studierende der Medizin – El/La estudiante de medicina

Name, Vorname – Apellido y nombre _____

Geburtsdatum – Fecha de nacimiento _____

Geburtsort – Lugar de nacimiento _____

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. / *ha participado regularmente y de forma adecuada en la formación práctica bajo mi supervisión en el hospital/clínica, el ambulatorio o consultorio médico mencionado a continuación*

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für / *La formación práctica se realizó en el departamento/la consulta de* _____

Die Ausbildung wurde in/ *La formación práctica se realizó a*

Vollzeit/jornada completa

Teilzeit mit einem Umfang von . _____ %* der wöchentlichen Ausbildungszeit/
jornada parcial, _____ % del periodo de formación semanal*

durchgeführt.

Dauer der Ausbildung – *Periodo de la formación*

Von – desde _____ bis – hasta _____

Fehlzeiten – *Faltas de asistencia*

nein - no

ja von – *sí desde* _____ bis – *hasta* _____

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität / *El hospital /clínica, el ambulatorio o consultorio médico es un centro universitario elegido para la formación por la Facultad de Medicina de la Universidad:* _____

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden. / *La formación ha sido desarrollada en un Hospital Universitario.*

Ort – Lugar _____ den – Fecha _____

Siegel/Stempel** – *Sello*** _____

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte /
Firma de los médicos responsables

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.

Aclaración del anexo 4

*) Jornada parcial permitida conforme a § 3, Parr. 1 ÄAppO: 50 ó 75 por ciento

**) Si el cuatrimestre del año de prácticas no se ha realizado en una clínica del LMU o en un hospital universitario del LMU, el certificado deberá estar provisto del sello del hospital (externo) y del sello de la Universidad externa conforme al anexo 4.

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

Este escrito ha sido redactado por un traductor jurado designado públicamente para la lengua del país.

Medizinisches Dekanat der LMU

Decanato médico de la LMU