

## Bescheinigung über das Praktische Jahr / *Staj Yılı Belgesi*

gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 ÄAppO) / Ek 4 uyarınca (Hekimler İçin Lisans Düzenlemesi (ÄAppO) § 3 Fıkra 5, § 10 Fıkra 5 için)

[ab 01.01.2014: Anlage 4 zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 4 und 5 ÄAppO] / [01.01.2014 tarihinden itibaren: Hekimler İçin Lisans Düzenlemesi (ÄAppO) § 3 Fıkra 5, § 10 Fıkra 4 ve 5 için Ek 4]

Name, Vorname – Soyadı, Adı \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum – Doğum tarihi \_\_\_\_\_  
Geburtsort – Doğum yeri \_\_\_\_\_

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. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/ in der Praxis für / *Yukarıda adı yazılı kişi, benim idaremdede aşağıda belirtilen klinikte/hastanede, ayakta hasta tedavi kurumunda veya doktor muayenehanesinde verilen meslek eğitimine düzenli ve kurallara uygun biçimde katılmıştır. Meslek eğitimi şu serviste/ şu muayenehanede gerçekleşmiştir:*

Die Ausbildung wurde in / *Meslek eğitimi aşağıdaki zamanlarda yapılmıştır:*

Vollzeit / *Tam zamanlı*

Teilzeit mit einem Umfang von \_\_\_\_%\* der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt / *Haftalık meslek eğitimi saatlerinin %\* \_\_\_\_ kapsamında olmak üzere yarım zamanlı*

Dauer der Ausbildung / *Meslek eğitimi süresi:*

Von – *Şu tarihten* \_\_\_\_\_ bis – *şu tarihe kadar* \_\_\_\_\_

Fehlzeiten: / *Gelmediği süreler:*

nein / *Hayır*

ja / *Evet, von/ Şu tarihten : \_\_\_\_\_ bis / şu tarihe kadar \_\_\_\_\_*

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität / *Hastane, doktor muayenehanesi veya ayakta hasta tedavi kurumu, tıbbi eğitim verilen hastane veya muayenehane olup, şu üniversite tarafından meslek eğitimi için seçilmiştir:*

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden. / *Meslek eğitimi, üniversitenin bir hastanesinde yapılmıştır.*

Ort, Datum / *Şehir, tarih* \_\_\_\_\_

Siegel / Stempel\*\* / Mühür / Damga\*\*

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte) / *(Meslek eğitiminden sorumlu doktorların imzası)*

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.

*Ek 4 hakkında açıklama*

\*) *Hekimler İçin Lisans Düzenlemesi (ÄAppO) § 3 Fıkra 1 uyarınca kabul edilen yarım zamanlı süre: Yüzde 50 veya 75*

\*\*) *Staj yılının 4 ayının LMU kliniklerinde veya tıbbi eğitim verilen bir LMU hastanesinde geçirilmediği sürece, belgenin Ek 4 uyarınca (harici) hastanenin damgası ve harici üniversitenin mührünü taşıması gerekmektedir.*

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

Medizinisches Dekanat der LMU

*İşbu belge, ilgili lisanda resmen atanmış ve yeminli çevirmen tarafından hazırlanmıştır.*

*LMU Tıbbi Dekanlığı*