

**Bescheinigung über die Absolvierung des Praktischen Jahres  
- Tertial Allgemeinmedizin -**

Der/Die Studierende der Medizin \_\_\_\_\_,  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
ist nach Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vom \_\_\_\_\_  
bis zum \_\_\_\_\_ in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht  
unter Leitung tätig gewesen.

Die Ausbildung ist

- unterbrochen worden vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.
- nicht unterbrochen worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Bezeichnung der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der  
ausbildenden Arztes/Ärzte: \_\_\_\_\_