

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

(nach § 9 der Studien- und Prüfungsordnung für den Modellstudiengang Medizin
an der Universität Bielefeld)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes:

vom _____ bis _____

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja: vom _____ bis _____

.....
(Ort, Datum)

Siegel
oder Stempel

.....
(Name des Krankenhauses)

.....
(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes)