

an:  
Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege

### **Bescheinigung**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

leistete im Rahmen des Wahlstudienjahres als Unterassistent/in ein Tertial im

**Fach** \_\_\_\_\_

**vom** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

**Name des Krankenhauses/Spitals:** \_\_\_\_\_

ab.

Die Ausbildung umfasste folgende Fachgebiete und Tätigkeiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(bitte ggf. auch die Rückseite benutzen)

Anzahl der Fehltage: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Siegel/Stempel des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des ausbildenden Ärztin/Arztes