

Anlage 5
(zu § 6 Abs. 4 Satz 2)

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

Name, Vorname
Geburtsdatum
Geburtsort

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

Dauer des Krankenpflagedienstes

von:

bis:

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja von: bis:

Ort, Datum

.....

Siegel oder Stempel

Name des Krankenhauses

.....

.....

(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes)