

Anlage 4 (zu § 3 Abs.5, § 10 Abs.5)  
Annexe 4 (visée aux articles 3 al. 5 et 10 al. 5)  
\* ggf. streichen / \* rayer la mention inutile  
**Bescheinigung über das Praktische Jahr**  
**Attestation de stage (dernière année d'études)**

Der / Die Studierende der Medizin  
L'étudiant / étudiante en médecine

Name, Vorname:  
Nom, prénom

Geburtsdatum :  
Date de naissance

Geburtsort :  
Lieu de naissance

hat/ nicht \*/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  
a suivi / n'a pas suivi \* régulièrement et conformément aux règlements la formation sous ma direction dans la clinique / l'hôpital, l'établissement de soins ambulatoires ou le cabinet médical, indiqué(e) ci-après. La formation a eu lieu dans le service de / dans le cabinet de

.....  
.....

Dauer der Ausbildung  
Durée de la formation

Von / du: .....bis / au:.....

Fehlzeiten:  
Périodes d'absence  
( ) nein / non

( ) ja / oui von / du:.....bis / au:.....

( ) Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität  
L'hôpital / l'établissement de soins ambulatoires ou le cabinet médical est autorisé par l'université à former les étudiants

.....

( ) Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.  
La formation a eu lieu dans un centre hospitalier universitaire.

Ort, Datum  
Lieu, date.....

Siegel / Stempel  
Sceau / cachet

.....  
Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte  
Signature du médecin responsable de la formation