

**Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula
Certificate concerning Clinical Traineeship**

Der/Die Studierende der Medizin /
The medical student

.....
(Name, Vorname / *surname, first name*)

geboren am/*born on* in/*in*.....

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung / *after having passed the First Part of the Medical Examination, has completed a clinical traineeship*

vom/*from* bis zum/*until*

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig gewesen./
under my supervision in the medical institution stated below.

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem nachfolgenden Gebiet beschäftigt worden: / *During this time, the student particularly worked in the following fields:*

.....

Die Ausbildung ist / *The traineeship*

*unterbrochen worden / *was interrupted*
vom/ *from* bis zum / *until*.....

*nicht unterbrochen worden. / *was not interrupted.*

Ort / *Place*, Datum / *Date*:.....

.....
(Bezeichnung der Einrichtung / *Name of institution*)

.....
(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte)
Signature of supervising physician giving the training

.....
(Siegel oder Stempel / *affix seal or stamp*)

**Seite 2 muss ebenfalls ausgefüllt werden!
Please also process page 2!**

*= please mark if applicable

**Beiblatt zu Anlage 6, (Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula)
Additional sheet to Annex 6, (Certificate concerning Clinical Traineeship)**

Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula“.
As a supplement to the attached/overleaf „Certificate concerning Clinical Traineeship“

von Herrn / Frau / of Mr / Ms

über die Famulatur/ concerning the clinical traineeship vom / from bis / until

wird mitgeteilt / we state:

Der / die oben bezeichnete Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer
The Medical Student mentioned above performed this traineeship in an

- Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung , die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis)
institution of ambulant medical treatment run medically or on an institution of ambulant consultant's treatment (consultant's practice)
- stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung
inpatient health care facility of a hospital or a residential rehabilitation institution

.....
Ort, Datum
Place, date

.....
Name und Kontakt (Tel./E-Mail) des ausbildenden Arztes
Name and contact (Tel./e-mail) of the supervising physician

.....
Stempel/Siegel der Einrichtung
Stamp/seal of the institution

.....
Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte
Signature(s) of the instructing physician(s)