

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:

vom _____ bis _____

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein:

ja: vom _____ bis _____

.....
(Ort, Datum)

Siegel
oder Stempel

.....
(Name des Krankenhauses)

.....
(Unterschrift des Leiters des Pflagedienstes)