

Anlage 5

(Anlage 5 zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

Herr/Frau

Geburtsdatum/-ort

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

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
Pflagedienstes