

**Bescheinigung
über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt**

gemäß Anlage 5 (zu § 3 Abs. 5 ÄAppO)

PJ-Tertial-Bescheinigung

Der/Die Studierende der Medizin

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Dauer der Ausbildung

_____ vom

_____ bis

Fehlzeiten nein
 ja

_____ Anzahl der Fehltage im Tertial

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin
Scharnhorststraße 13, D-10115 Berlin

Name des Krankenhauses/der Praxis _____

Berlin

Ort

Datum

.....
Unterschrift des für die Ausbildung verantwortlichen Arztes

Siegel oder Stempel

Priv.-Doz. Dr. med. Florian Masuhr, PJ-Beauftragter
Dr. med. David Back, Vertreter des PJ-Beauftragten
Bundeswehrkrankenhaus Berlin
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin
Scharnhorststraße 13, D-10115 Berlin