

# FAMULATURZEUGNIS

(für Famulaturen in Einrichtungen der stationären Krankenversorgung)

Als Wahl Famulatur:  (falls zutreffend bitte ankreuzen)

Die/Der Studierende der Medizin: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

ist vom \_\_\_\_\_ / bis zum \_\_\_\_\_

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famula/Famulus (ganztägig und ausschließlich) tätig gewesen. Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet:

\_\_\_\_\_

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden

Die Ausbildung ist unterbrochen worden vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
(Stempel/Siegel der Einrichtung)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des ausbildenden  
Ärztin/Arztes