

Zur Aushändigung an den Famulanten

# ZEUGNIS

## über die Tätigkeit als Famulant

Der/die Studierende der Medizin

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

ist nach bestandener Vorprüfung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulant tätig gewesen. Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

\_\_\_\_\_ beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist

unterbrochen worden vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nicht unterbrochen worden

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausbildenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Famulanten

### Privatadresse des Famulanten

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum