

Zeugnis über die Tätigkeit als Famula bzw. Famulus/Clinical clerkship certificate

(gemäß: Anlage 6 [zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄApprO])/(in accordance with Annex 5, Section 6, Subsection 4, Sentence 2 of the German Licensing Regulations for Physicians)

Die/Der Studierende der Medizin/ The medical student
(Name, Vorname)/(last name, first name)

geboren am/born in/in ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung/has, after successfully having passed the first part of the Medical Licensing Examination, completed his/her clerkship

(Geburtsdatum)/(date of birth) (Geburtsort)/(place of birth)

vom/from bis zum/until = Kalendertage/total days

(Datum Beginn)/(start date) (Datum Ende)/(end date)

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famula/Famulus tätig gewesen.
Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet/in the institution specified below under my supervision.
During this period, the student worked predominantly in the area of

..... beschäftigt worden.
(Fachgebiet der Famulatur)/(discipline)

Die Ausbildung/The clerkship was interrupted

ist vom/from bis zum/until unterbrochen worden.

(Datum Beginn)/(start date) (Datum Ende)/(end date)

ist nicht unterbrochen worden./The clerkship was not interrupted.

Von der/dem Unterzeichner*in wird die Art der Einrichtung wie folgt bescheinigt:/The signing physician certifies that the institution is:

Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis)/An outpatient clinic

Stationäre Einrichtung eines Krankenhauses bzw. eine stationäre Rehabilitationseinrichtung/A hospital

Einrichtung der hausärztlichen Versorgung⁺. Es besteht eine durch die Kassenärztliche Vereinigung des Bundeslandes erteilte gültige Zulassung für die hausärztliche Versorgung./A physician's practice with a valid license certified by the Association of Statutory Health Insurance Physicians of the federal state

Ort, Datum/Place, date

Bezeichnung der Einrichtung, Stempel (und ggf. Siegel⁺⁺)/Name and stamp/seal of the institution

Unterschrift der/des ausbildenden Ärztin/Arztes/Signature of the supervising physician

⁺ An der hausärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teil:

1. Allgemeinärzt*innen 2. Kinderärzt*innen 3. Internist*innen ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben 4. Ärzt*innen, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind 5. Ärzt*innen, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Famulaturen in der hausärztlichen Versorgung im Ausland werden von den meisten Landesprüfungsämtern nicht anerkannt.

⁺⁺ Bei öffentlichen Einrichtungen bzw. öffentlichen Stellen

Der Inhalt dieses Vordruckes basiert auf sorgfältiger redaktioneller Recherche und orientiert sich an den Vorgaben der jeweiligen Bundesländer. Eine Absprache mit dem jeweils zuständigen Landesprüfungsamt bzgl. der Anerkennung kann sinnvoll sein. AMBOSS übernimmt keine Gewähr für die Anerkennung.

The contents of this form are based on thorough research and follow the stipulations of the individual federal states. Consulting with the examination board of the state responsible may be advisable. AMBOSS does not guarantee recognition of this certificate.