

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

(gemäß: Anlage 5 [zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄApprO])

Die/Der Studierende der Medizin
(Name, Vorname)

geboren am in hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten
(Geburtsdatum) (Geburtsort) Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes

von bis
(Datum Beginn) (Datum Ende)

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

Ja, von bis
(Datum Beginn) (Datum Ende)

Nein

.....
Ort, Datum

.....
Stempel/Siegel

.....
Name des Krankenhauses

.....
Unterschrift der Pflegedienstleitung

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.

Landesspezifische Anmerkungen:

BY: Bei der Ableistung in einer Rehabilitationseinrichtung (Rehaklinik) wird vom Unterzeichnenden bestätigt, dass die/der oben genannte Pflegedienstleistende überwiegend mit Tätigkeiten beschäftigt war, die dem durchschnittlichen Pflegeaufwand in einem Krankenhaus entsprechen und aus dem Bereich der Grund- und Behandlungspflege, wie z.B. Waschen, Betten, Lagern, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Unterstützung beim Verrichten der Notdurft, Be- und Entkleiden etc., stammen.

SN: Datenschutzhinweis: Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link sowie in den dort eingestellten Informationsblättern. <https://www.lidsachsen.de/datenschutz>