

ZEUGNIS
über den Krankenpflagedienst
(CERTIFICATE FOR SICK-NURSING SERVICE)

Name, Vorname (SURNAME, FIRSTNAME)
Geburtsdatum, Ort (DATE OF BIRTH, PLACE)

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in der unten bezeichneten Klinik / Krankenanstalt unter meiner Leitung Krankenpflagedienst geleistet.

(CARRIED OUT SICK-NURSING SERVICE AT THE BELOW MENTIONED CLINIC / HOSPITAL UNDER MY SUPERVISION)

Dauer des Krankenpflagedienstes
(DURATION OF SICK NURSING SERVICE)

vom (FROM)	bis (TILL)
---------------	---------------

Die Ausbildung ist unterbrochen worden
(TRAINING IS INTERRUPTED)

nein (NO)

ja (YES)

vom (FROM)	bis (TILL)
---------------	---------------

Ort (PLACE), Datum (DATE)

Stempel oder Siegel
(STAMP OR SEAL IF POSSIBLE)

Name des Krankenhauses
(NAME OF CLINIK / HOSPITAL)

Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes
(SIGNATUR OF HEAD OF NURSING SECTION)