

Approbationsordnung für Ärzte

Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2)

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

| | |
|---------------|------------|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | Geburtsort |

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung Krankenpflagedienst geleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes

| | |
|-----|-----|
| von | bis |
|-----|-----|

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein
ja

| | |
|-----|-----|
| von | bis |
|-----|-----|

Der Krankenpflagedienst wurde in der Abteilung/Station : _____ abgeleistet.

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 <https://www.lids.sachsen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Ort, Datum

Siegel
oder Stempel

Name des Krankenhauses

(Unterschrift der Leiterin/des Leiters
des Pflegedienstes)