

Zeugnis

über den Krankenpflagedienst

Name, Vorname
Geburtsdatum
Geburtsort

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

Dauer des Krankenpflagedienstes:

von:	bis:
------	------

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja, von: _____ bis: _____

Ort, Datum

.....

Siegel
oder Stempel

Name des Krankenhauses:

.....

.....

(Unterschrift des Leiters/der Leiterin des Pflegedienstes)