

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 des Pflegedienstes)