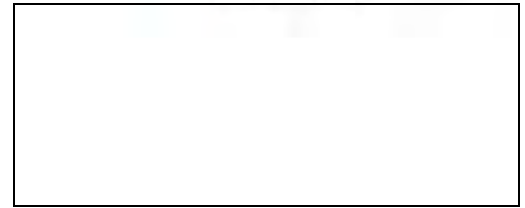


KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax 06131 326-327
E-Mail: famulatur@kv-rlp.de



Stempel der/des ausbildenden Ärztin/Arztes

Anlage 1 – Bescheinigung über das Absolvieren einer Famulatur

Name | Vorname der/des Antragstellenden

geboren am

war von

bis

in der oben bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Medizinstudierende/r im Rahmen einer Famulatur tätig. Während dieser Zeit wurde die/der Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten im Gebiet

bitte eintragen

beschäftigt.

Datum

Unterschrift der/des Medizinstudierenden

Unterschrift der/des ausbildenden Ärztin/Arztes

Hinweis:

- Dieser Nachweis dient nicht zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung.