

**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)