

## **Zeugnis über den Krankenpflagedienst** ***Certificate concerning nursing service***

Name/ <i>Surname</i> :	.....
Vorname/ <i>First name</i> :	.....
Geburtsdatum/ <i>Date of birth</i> :	.....
Geburtsort/ <i>Place of birth</i> :	.....

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst geleistet.  
*has accomplished nursing service as part of medical training at the following hospital under my supervision.*

- **Dauer des Krankenpflagedienstes/*Duration of nursing service*:**

Von/*from* ..... bis/*to* .....

- **Die Ausbildung ist unterbrochen worden/*The training has been interrupted*:**

nein/*no*

ja/*yes*:

Von/*from* ..... bis/*to* .....

.....  
Ort, Datum/*Place, Date*

Siegel oder Stempel/  
*Seal or Stamp*

.....  
.....

.....  
Name des Krankenhauses/*Name of hospital*

.....  
Unterschrift des Leiters des Krankenpflagedienstes/  
*Signature of head of nursing service*