

**Zeugnis
über den Krankenpflagedienst**

Herr/Frau/Fräulein	
Geburtsdatum	Geburtsort

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in der unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung Krankenpflagedienst geleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes

von	bis
-----	-----

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

von	bis
-----	-----

nein ja

Ort, Datum

Name des Krankenhauses

Siegel oder Stempel

Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes