

ZULASSUNGSERKLÄRUNG

1-wöchiges Praktikum in der pädiatrischen Bezirkspraxis

BITTE MIT BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name der/des Studierenden	
Zeitraum des Praktikums:	von bis
Name des Hausarztes / der Hausärztin	
Adresse der Praxis:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

Der/die oben genannte Studierende des 6. Studienjahres wird hiermit für ein einwöchiges Pflichtpraktikum in meiner Praxis angenommen.

Datum.....

Unterschrift:.....

Stempel