**BESTÄTIGUNG**

Wir ersuchen Sie, dieses Formular von einem dazu ermächtigten Vertreter einer akkreditierten medizinischen Hochschule in einem EU-Mitgliedsstaat, in den USA, Norwegen oder in der Schweiz, die diese Ausbildung als Teil ihres Studienplanes für Medizin anbietet, ausgefüllt, gestempelt und unterschrieben werden.

**Angaben zur staatlich anerkannten medizinischen Hochschule, in der die Ausbildung stattfindet.**

Name:

Anschrift:

Angaben zur staatlichen Akkreditierungsurkunde:

Nummer:

Datum:

Als ermächtigter Vertreter der obigen akkreditierten medizinischen Hochschule, an der die Ausbildung stattfindet, erkläre ich hiermit, dass die Angaben in diesem Dokument richtig und wahrheitsgemäß sind.

Ich erkläre hiermit, dass unsere Einrichtung in der Lage ist, den Erwerb der in **den beigefügten Kursanforderungen** definierten Fähigkeiten im Bereich der Chirurgie zu gewährleisten.

*Die praktische Thematik der Famulatur*

*(Chirurgie)*

*Empfohlene praktische Tätigkeiten:*

*- Untersuchung von akuten chirurgischen Patientinnen und Patienten*

*- Untersuchung von elektiven chirurgischen Patientinnen und Patienten*

*- Wundversorgung*

*- Teilnahme an der Arbeit der chirurgischen Ambulanz*

*- Assistenz bei Operationen*

*- Chirurgische Administration*

*- Postoperative Versorgung, Medikation*

Name: Unterschrift:

Titel/Position:

Organisationseinheit:

Datum:

Institutsstempel: