**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.

1. **Die staatlich akkreditierte höhere Bildungseinrichtung im EU-Raum, die den Gesundheitsdienstleister akkreditiert, bei dem das fachliche Praktikum absolviert wird**

Name:

genaue Anschrift:

staatliche Akkreditierungsurkunde

Nummer:

Datum:

**II. Der akkreditierte Gesundheitsdienstleister, bei dem das fachliche Praktikum absolviert wird**

Name

genaue Anschrift:

Akkreditierungsurkunde

Nummer:

Datum:

Akkreditierung

Fachbereich (Chirurgie usw.):

Dauer (von-bis):

Als ermächtigter Vertreter der obigen akkreditierten Gesundheitsdienstleisters, 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: