**BESTÄTIGUNG**

über absolvierten Famulus

**Name des Praktikumsplatzes:**

Name:

Genaue Anschrift:

Name des auszubildenden Studenten:

Zeit der Ausbildung:

Als ermächtigter Vertreter des obigen genannten Instituts bestätige ich hiermit, dass der oben genannte(r) Student/in die in **der beigefügten Kursanforderungen** aufgeführten Fähigkeiten erworben hat.

*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: