**BESTÄTIGUNG**

**über die Ableistung des obligatorischen Praktikums**

im Fach **PSYCHIATRIE**

Für die **Dauer** von: \_\_\_\_\_\_ Wochen Im **Zeitraum** vom \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_

**Vor- und Nachname des Studenten/der Studentin:**

Geburtsdatum: \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort: PJ Turnus:

**Angaben zum Krankenhaus / zur Einrichtung:**

Name des Krankenhauses:

Anschrift des Krankenhauses und
Name des/der leitenden Arztes/Ärztin:

Klinische Abteilung:

Anzahl der stationären und ambulanten Patienten pro Jahr ca.:

Hiermit wird bestätigt, dass der oben genannte Student/die oben genannte Studentin des 6. Studienjahres der SEMMELWEIS Universität, Budapest das Praktikum unter meiner Aufsicht entsprechend den umseitig beschriebenen Anforderungen ordnungsgemäß durchgeführt hat.

Beurteilung des Studenten/der Studentin während des Praktikums:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift Chefarzt/ärztin bzw. leitd. Oberarzt/ärztin | Stempel des Krankenhauses |

**Durchzuführende Pflichtthematik**

Praktikum: PSYCHIATRIE

Im Praktischen Jahr sind bis zum Ende des Praktikums folgende Leistungen unter ärztlicher Aufsicht zu erbringen:

1. Teilnahme an 10 Arbeitstagen (2x5) in jeweils 8 Stunden an der täglichen Arbeit der Abteilungen, in der Patientenaufnahme und an den therapeutischen Entscheidungen.

2. Ein Nachtdienst ist Teil des Praktikums.

3. Schreiben einer Fallstudie während der Praktikumszeit.

Ziel: Die Anwendung des vorher erlangten Wissens über die Diagnostik und Behandlung von Patienten in der Psychiatrie während des Praktikums.