



SEMMELWEIS UNIVERSITÄT
Bildungszentrale für Internationales Studium

Vizektor für Internationales Studium
PROF. DR. ALÁN ALPÁR

BESTÄTIGUNG über die Ableistung des obligatorischen Praktikums

Wahlpflichtfach: _____

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 der Anforderungen ordnungsgemäß durchgeführt hat.

Beurteilung des Studenten/der Studentin während des Praktikums: _____

Praktische Note*: _____ (obligatorisch auszufüllen)

_____, den _____._____._____

Ort, Datum

Unterschrift Chefarzt/ärztin bzw. leitd. Oberarzt/ärztin

Stempel des Krankenhauses

* Bitte laut ungarischer Beurteilungsstufen ausfüllen.

Beurteilungsstufen: 5 (sehr gut); 4 (gut); 3 (befriedigend); 2 (genügend); 1 (ungenügend)