

**Zeugnis**

**über die Tätigkeit als Famulus**

Der/die Studierende der Medizin \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig  
gewesen. Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugweise auf dem Gebiet

\_\_\_\_\_

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist

unterbrochen worden vom \_\_\_\_\_

bis zum \_\_\_\_\_

nicht unterbrochen worden.

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

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung der Einrichtung

bei öffentlicher Stelle Siegel)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes / Ärzte)

**Beiblatt zu Anlage 6  
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO  
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)**

Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“,

von Herrn / Frau \_\_\_\_\_

über die Tätigkeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wird mitgeteilt:

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer

- Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis)
- stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung
- Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (z.B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten;  
die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes)  
Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes

\_\_\_\_\_

Stempel/Siegel der Einrichtung

\_\_\_\_\_

Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte