

**Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein
Frau Gottwald
Bismarckallee 1 – 6
23795 Bad Segeberg**

Bescheinigung zum Antrag auf finanzielle Unterstützung des PJ im Wahlfach Allgemeinmedizin

Der/Die Studierende der Medizin

Name, Vorname:
Geburtsdatum, Geburtsort:
Anschrift:

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für

.....

.....

Dauer der Ausbildung

von:	bis:
------	------

Fehlzeiten
 nein
 ja von bis:

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität.....

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

Ort, Datum
.....
.....Siegel/Stempel

.....
(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber/ Antragsteller: _____

(Unterschrift)