

# **Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula**

gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

## **Certificat de stage en médecine**

visé par l'Annexe 6 (art.7, 4ème alinéa, phrase 2 du Règlement portant sur l'autorisation d'exercer la médecine)

Der/Die Studierende der Medizin / *L'étudiant(e) en médecine* \_\_\_\_\_,

geboren am / *né(e) le* \_\_\_\_\_ in / *à* \_\_\_\_\_,

ist nach bestandener Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung / *après avoir terminé avec succès ses études pré-cliniques, a travaillé*

vom / *du* \_\_\_\_\_ bis zum / *au* \_\_\_\_\_

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig gewesen / *comme stagiaire dans l'établissement mentionné ci-dessous sous ma surveillance et direction.*

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet / *Durant cette période, l'étudiant(e) a principalement travaillé dans le domaine de:*

\_\_\_\_\_beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist / *Cette formation*

☐ unterbrochen worden vom / *a été interrompue du* \_\_\_\_\_ bis zum /  
*au* \_\_\_\_\_.

☐ nicht unterbrochen worden / *n'a pas été interrompue.*

Ort, / *Ville* \_\_\_\_\_den / *date* \_\_\_\_\_

(Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle Siegel ansonsten Stempel / *Institution, sceau ou cachet*)

(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte / *Signature du/des médecin/s responsable/s*)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen-  
-prère de compléter aussi la page 2-

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

**Feuille jointe à l'Annexe 6**

**visée par l'art. 7, 4ème alinéa, phrase 2 du Règlement portant sur l'autorisation d'exercer la médecine  
(Certificat de stage en médecine)**

**Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“ / En  
complément au Certificat de stage en médecine ci-joint/au recto**

von Herrn / Frau / de Monsieur / Madame \_\_\_\_\_

über die Tätigkeit / relativement à son activité

vom / du \_\_\_\_\_ bis / au \_\_\_\_\_

wird mitgeteilt / nous communiquons que

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur / cet étudiant / cette étudiante a fait son stage en médecine

ein einer / dans un

- Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis) / établissement de soins ambulatoires dirigé par un médecin ou dans un établissement de soins ambulatoires spécialisé (cabinet médical spécialisé)
- stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung / la clinique du centre hospitalier ou un établissement de rééducation hospitalier
- Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (z.B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten; /établissement de soins par médecin généraliste (p. ex. cabinet médical généraliste, cabinet de pédiatrie, internistes généralistes; die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes) / la prise en charge généraliste comprend en particulier le traitement général et le suivi d'un patient en matière de diagnostic et de thérapie en y intégrant la connaissance de l'environnement domestique et familial.)  
Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin / Je confirme par la présente que j'ai travaillé dans un cabinet de médecine généraliste.
- Die / der Studierende absolvierte ihre / seine Famulatur in einer anderen geeigneten Einrichtung, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden, z. B. die des öffentlichen Gesundheitswesens (eine ausführliche Tätigkeits- und Einrichtungsbeschreibung muss beigelegt werden) / L'étudiant(e) a effectué son stage en médecine dans un autre établissement approprié où s'exercent des activités médicales sous la direction d'un(e) médecin, par exemple dans le secteur de la santé publique (une description détaillée des activités et de l'établissement doit être jointe).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes  
Nom et contact (tél. / email) du médecin responsable de la formation

\_\_\_\_\_  
Stempel/Siegel der Einrichtung  
Cachet/ Sceau de l'établissement

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte  
Signature/ du /des médecin/s responsable/s de la formation