

**Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula**  
gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)  
**Certificado sobre la actividad como Famulus/Famula**  
conforme al anexo 6 (§7, Parr. 4, frase 2 ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin / *El/la estudiante de Medicina*

\_\_\_\_\_

geboren am / *nacido(a)* el \_\_\_\_\_ in / en \_\_\_\_\_,

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung / *trabajó después de aprobar el primer examen médico*

vom / *desde* \_\_\_\_\_ bis zum / *hasta* \_\_\_\_\_

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig gewesen / *en la institución indicada abajo bajo mi supervisión y coordinación como Famulus/Famula.*

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet / *Durante este tiempo a/la estudiante le fueron asignadas principalmente las siguientes tareas*

\_\_\_\_\_ beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist / *La formación*

☐ unterbrochen worden vom / *fue interrumpida desde* \_\_\_\_\_ bis zum / *hasta* \_\_\_\_\_.

☐ nicht unterbrochen worden / *no fue interrumpida.*

Ort, / *Lugar* \_\_\_\_\_ den / *Fecha* \_\_\_\_\_

(Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle Siegel ansonsten Stempel / *Nombre de la institución y Sello*)

(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte / *Firma del médico instructor*)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen-  
-rellenar también la página 2-

**Beiblatt zu Anlage 6  
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO  
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)  
Suplemento del anexo 6  
§ 7 para. 4 parte 2 ÄAppO  
(Certificado sobre la actividad como Famulus)**

Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“, / De forma **complementaria** al "Certificado sobre la actividad como Famulus" adjunto o impreso al dorso.

von Herrn / Frau / del Sr. / Sra. \_\_\_\_\_

über die Tätigkeit vom / sobre la actividad de \_\_\_\_\_ bis / hasta \_\_\_\_\_

wird mitgeteilt: / se comunica:

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer / El / la estudiante finalizó su Famulatur en

- Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis) / Ambulatorio médico con coordinación médica o consultorio médico especializado (consulta de especialista)
- stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung / Centro de ingreso del hospital o centro de ingreso destinado a la rehabilitación
- Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (z.B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten; / Centro de atención primaria (p. ej. médico de familia, consulta pediátrica, internistas de atención primaria; die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes) / La atención primaria incluye principalmente la asistencia general y continuada de un paciente respecto al diagnóstico y terapia teniendo en cuenta su entorno familiar y doméstico) Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin. / Con la presente, confirmo que posteriormente estoy trabajando en la atención primaria.
- 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 bei beigelegt werden) / La / el estudiante realizó sus prácticas clínicas (Famulatur) en otra institución idónea en la que se llevan a cabo actividades médicas, como p.ej. en una del sistema de sanitario público, en este caso, es obligatorio adjuntar una descripción detallada de las actividades y de la institución.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / Lugar, fecha

\_\_\_\_\_  
Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes /  
Nombre y contacto (tlf. / correo electrónico) del médico instructor

\_\_\_\_\_  
Stempel/Siegel der Einrichtung/  
Sello de la institución

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte /  
Firma del/llos médicos instructor/es