

**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)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen -

Seite 2  
**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:

Die / der Studierende absolvierte ihre / seine 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 ohne Schwerpunkt; 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.

- 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)

---

Ort, Datum

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

---

Stempel/Siegel der Einrichtung

Unterschrift/en des / der ausbildenden Arztes / Ärzte