

Praktikumsnachweis - Krankenhaus

(gemäß § 1, Abs. 1, Satz 2 und Anlage 2, RettAPO NRW)

Hiermit bestätigen wir, dass

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____ . _____ . _____ ,

in der Zeit von _____ bis _____

eine mindestens 160 Stunden umfassende, klinisch-praktische Ausbildung im:

(Name des Krankenhauses)

(Straße und Haus-Nr.)

(PLZ und Ort)

-mit Erfolg- absolviert hat.

Der Einsatz des Praktikanten erfolgte in mindestens zwei Arbeitsbereichen:

(bitte ankreuzen)

Anästhesieabteilung

Operationsaal einschließlich Ein- und Ausleitungsräumen

Aufwachraum

Notfallaufnahmebereich

internistische/interdisziplinäre Intensivstation

Gynäkologie

Die Anforderungen der Anlage 2, RettAPO sind erfüllt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Praktikumsverantwortlichen