

# Äquivalenzbescheinigung

**Ansprechpartnerin:**

Ute Klüssendorf / G 1139 , Zimmer 0.03

Telefon: (040) 428 37 - 3912

E-Fax: (040) 427948285

E-Mail: ute.kluessendorf@soziales.hamburg.de

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales,

Familie und Integration (Sozialbehörde)

Landesprüfungsamt für Heilberufe

G 1139

Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Hiermit wird bescheinigt, dass die von Frau/ Herrn

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Name der Mutterhochschule)

im Rahmen ihres/ seines Praktischen Jahres an der Medizinischen Fakultät \_\_\_\_\_

an der Klinik/ Ort: \_\_\_\_\_

im Fach \_\_\_\_\_

in der Zeit vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

mit den Fehlzeiten vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

abgeleistete praktische Ausbildung inhaltlich mit derjenigen identisch ist, die vollmatrikulierten Medizin-  
studierenden an der Universität \_\_\_\_\_

vermittelt wird. Die Angaben über die Dauer der Ausbildung sowie über die Fehlzeiten beruhen auf der  
Bescheinigung der ausbildenden Klinik.

Die/ der obengenannte Studierende ist für die Dauer der Ausbildung in ihren/ seinen ausbildungsbezo-  
genen Rechten und Pflichten gegenüber der Ausbildungsstätte den vollmatrikulierten Studierenden  
der Medizinischen Fakultät der Universität \_\_\_\_\_  
gleichgestellt.

Für die/ den obengenannte/n Studierende/n ist an der Universität \_\_\_\_\_  
ist eine ordnungsgemäße Immatrikulation für die Studiengang Medizin nicht möglich.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Dekanat der Medizinische Fakultät

Siegel der Universität