Äquivalenzbescheinigung

Ansprechpartnerin:
Stefanie Eder / G 5208, Zimmer 0.03
Telefon: (040) 428 37 – 3912
E-Fax: (040) 427948285
E-Mail: stefanie.eder@soziales.hamburg.de

Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration (Sozialbehörde)
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Hiermit wird bescheinigt, dass die von

_____
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

_____
(Name der Mutterhochschule)

im Rahmen des 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 vollimmatrikulierten Medizinstudierenden 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 ausbildungsbezogenen Rechten und Pflichten gegenüber der Ausbildungsstätte den vollimmatrikulierten Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität _____
gleichgestellt.

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

_____
Unterschrift Dekanat der Medizinische Fakultät

Siegel der Universität

Hamburg