

Hospitationsbestätigung

Herr/Frau

hat in der Zeit vom bis

insgesamt Fortbildungsstunden (1 FS = 45 min) in

(Klinik/Institution)

hospitiert.*

Kurze Tätigkeitsbeschreibung:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift wissenschaftlich Verantwortlicher **, Stempel

* Teilnehmer erhalten 1 Punkt pro Fortbildungsstunde, höchstens 8 Punkte pro Tag

** nach § 8 Abs.4 Satzung zum Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Sachsen-Anhalt