

# Hospitationsgeber:

---

## Hospitationsbescheinigung zur Anerkennung im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung (Kategorie G)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ tägl. von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

in (Klinik/Institution/Anschrift) \_\_\_\_\_

---

hospitiert.

Die Hospitation umfasste insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden.

Bitte beachten Sie, dass ein Punkt pro Stunde angerechnet wird, höchstens acht Punkte pro Tag.

Kurze Tätigkeitsbeschreibung/Beschreibung der medizinisch-fachlichen Inhalte/Ziele der Hospitation:

---

Ort

Datum

Unterschrift Leitung der Klinik/Institution und Dienststempel