

# 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