

## Hospitationsbestätigung für den Hospitationsgeber

Herr/Frau .....

hat in der Zeit vom ..... bis ..... als Hospitationsgeber

insgesamt ..... Fortbildungsstunden ( 1 FS = 45 min ) in

(Klinik/Institution) .....

nachfolgenden Hospitant:

Name .....

Vorname .....

Fachbereich .....

unterrichtet.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Hospitationsgeber