



Famulatur

Durchlaufzettel

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Famulaturbeginn: _____ Famulaturende: _____

Woche (von – bis)	Abteilung	Unterschrift d. zuständigen Arztes/Ärztin

Achtung:

Zur Scheinerstellung bitte das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Blatt bei Frau Deanovic / Ebene 6 (Zi.307) abgeben, da sonst keine Famulaturbestätigung möglich.