

Hospitationsbescheinigung

**zur Anerkennung der im Rahmen der
curricularen Fortbildung „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die
kinder- und jugendärztliche Praxis“ gemäß Curriculum der Bundesärz-
tekammer geleisteten 10 Zeitstunden Praktische Übung/Hospitation**

Hospitationsgeber:

Name des verantwortlichen Hospitationsgebers:

Name der Institution: _____

Anschrift (Straße, Ort, PLZ): _____

Hospitationsnehmer:

Herr/Frau _____

Hat am _____

von _____ Uhr bis _____ Uhr in der oben anerkannten Hospitationsstätte unter meiner wis-
senschaftlichen Leitung hospitiert.

Es wird bestätigt, dass die Hospitation einen Zeitumfang von 10 Zeitstunden umfasste.

**Die Hospitation ist im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfa-
len-Lippe gem. Fortbildungsordnung mit 8 Punkten (Kategorie G) anrechenbar.**

Kurze Tätigkeitsbeschreibung / Beschreibung der medizinisch-fachlichen Inhalte

Ort

Datum

Unterschrift des Hospitationsgebers/Institution und Dienststempel