



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Sicherstellung  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

## Durchführungsbescheinigung über die Tätigkeit während

(nur zur Vorlage bei der KV Brandenburg, ersetzt nicht die Bescheinigungen über die Durchführung u.g. Praktika bei der jeweiligen Hochschule)

- einer Famulatur
- eines Blockpraktikums
- der Praxistage
- eines Tertials des Praktischen Jahres  
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Der/die Studierende der Medizin

.....

ist vom ..... bis zum .....

in meiner Praxis unter meiner Aufsicht und Leitung tätig gewesen.

Name der Praxis: .....

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

- nein
- ja vom ..... bis zum .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / Praxisstempel