

## Praktikumszeugnis in der Arztpraxis

[Name der Arztpraxis oder Klinik], [Ort], [Datum]

Frau/Herr [Vorname Nachname], geboren am [Geburtsdatum], absolvierte in der Zeit vom [Startdatum] bis [Enddatum] ein Praktikum in unserer Arztpraxis im Rahmen seiner/ihrer Ausbildung bzw. seines/ihrer Studiums mit einer Dauer von [Dauer, z.B. 6 Wochen].

[Name der Arztpraxis oder Klinik] ist im Bereich [Beschreibung des Bereichs, z.B. Allgemeinmedizin, Fachmedizin, ambulante Patientenversorgung] tätig. Zu unseren Kernaufgaben gehören [kurze Beschreibung der Tätigkeiten, z.B. medizinische Versorgung von Patienten, Terminorganisation, Durchführung administrativer Aufgaben].

Während des Praktikums war Frau/Herr [Vorname Nachname] mit folgenden Aufgaben betraut:

- [Aufgabe 1, z.B. Unterstützung bei der Patientenaufnahme und Terminverwaltung]
- [Aufgabe 2, z.B. Assistenz bei medizinischen Untersuchungen und Behandlungen]
- [Aufgabe 3, z.B. Dokumentation von Patientendaten und Behandlungsberichten]
- [Aufgabe 4, z.B. Vorbereitung von Behandlungsräumen und medizinischen Geräten]
- [Aufgabe 5, z.B. Unterstützung bei der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen]

Frau/Herr [Vorname Nachname] zeigte ein [Engagement, z.B. sehr hohes Engagement] und erledigte die übertragenen Aufgaben stets zu unserer [Bewertung, z.B. vollsten Zufriedenheit]. Er/Sie zeichnete sich durch [Fähigkeit 1, z.B. freundliches und patientenorientiertes Auftreten] sowie [Fähigkeit 2, z.B. sorgfältige und strukturierte Arbeitsweise] aus. Durch [Beitrag, z.B. zuverlässige Unterstützung im Praxisalltag und präzise Dokumentation] trug er/sie wesentlich zum reibungslosen Ablauf unserer Praxis bei. Sein/Ihr Verhalten gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Patienten war stets [Bewertung, z.B. einwandfrei und professionell].

Wir danken Frau/Herr [Vorname Nachname] für die [Bewertung, z.B. ausgezeichnete] Zusammenarbeit und wünschen ihm/ihr für die weitere berufliche und persönliche Zukunft viel Erfolg und alles Gute.

[Ort], [Datum]

---

[Name des Unterzeichners]

[Position des Unterzeichners, z.B. Arzt/Ärztin, Praxisleiter/in]

