

Ärztliche Bescheinigung

Herr / Frau _____ ; _____ ; _____
Name Vorname Geburtsdatum

_____ ; _____
Straße Wohnort

Bei o. g. Patientin / Patienten bestehen aus medizinischer Sicht keine Einwände gegen das Ausüben eines Praktikums des Peter L. Reichertz Instituts für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover im Klinikum Braunschweig gGmbH.

_____ ; _____
Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin