

Praxisstempel:

Hiermit bestätige ich, dass für

Frau/Herrn.....,

Matrikelnummer.....,

die Möglichkeit besteht, in der Zeit vom .....-.....das Wahltertial  
Allgemeinmedizin des Praktischen Jahres in meiner Praxis zu absolvieren.

Dies gilt vorbehaltlich der Erfüllung der am Universitätsklinikum Jena gültigen Regeln  
und Kriterien (siehe Vordruck B) für die Lehrpraxen zur Durchführung des Wahlfachs  
Allgemeinmedizin des PJ, die vom Institut für Allgemeinmedizin bestätigt werden muss.

---

*Ort, Datum, Unterschrift Praxisinhaber*

**Kontaktdaten PJ-Student:**

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Uni-E-Mail:** \_\_\_\_\_