



Anmeldung einer Hospitation zur späteren Anrechnung auf das Fortbildungszertifikat *(pro Kalenderjahr sind maximal 5 Hospitationstage anrechenbar)*

Hospitant:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail / Telefon: _____

Hospitationsgeber:

Institution: _____
Anschrift: _____

E-Mail / Telefon: _____
Kurzbeschreibung der
Tätigkeit / Lernziele: _____

Verantwortlicher ärztlicher
Leiter / Ansprechpartner: _____

Hospitationszeitraum:

Datum: _____ bis: _____

Kenntnisnahme durch die
Ärztammer Hamburg vor
Hospitationsantritt:

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift und Stempel der/des Hospitantin/en

Bestätigung nach der Hospitation:

Kurzbeschreibung der
Tätigkeit: _____

Hospitationszeitraum:

Datum: _____ bis: _____ halbtags ganztags

Datum, Unterschrift und Stempel des Hospitationsgebers

Anerkennung durch die **Ärztammer
Hamburg** nach erfolgter Hospitation:

..... Punkte Kategorie G

Datum, Unterschrift