



EFN-Aufkleber der/des Teilnehmerin/s

Hospitationsbestätigung

Frau/Herr _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

hat am / vom – bis _____
(Tag/Zeitraum)

in der Zeit von: _____ Uhr bis: _____ Uhr,

davon Pausenzeit pro Tag _____ Minuten
(mindestens 30 min)

in der Klinik/Praxis/Institution _____

(Bitte vollständige Adresse angeben)

im Fachbereich: _____

hospitiert.

(Fortbildungsmaßnahme nach Kategorie G: 1 Punkt pro 45 Minuten, höchstens 12 Punkte pro Tag gemäß § 6 der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen)

Thema der Hospitation: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

____ Konsiliarische Patientenbegleitung

____ Diagnostische Techniken

____ Therapeutische Ansätze

Ort, Datum

Name und Unterschrift der/s Leiterin/s
der Einrichtung und Stempel