

**ANMELDUNG EINER HOSPITATION**  
**ZUR SPÄTEREN ANRECHNUNG AUF DAS FORTBILDUNGSZERTIFIKAT**  
*(pro Kalenderjahr sind maximal fünf Hospitationstage anrechenbar)*

**Hospitant:in:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
E-Mail / Telefon: \_\_\_\_\_

**Hospitationsgeber:in:**

Institution: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
E-Mail / Telefon: \_\_\_\_\_  
Kurzbeschreibung der  
Tätigkeit / Lernziele: \_\_\_\_\_  
Verantwortliche ärztliche  
Leitung / Ansprechpartner:in: \_\_\_\_\_

**Hospitationszeitraum:**

Datum: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Kennzeichnung durch die  
Ärztekammer Hamburg vor  
Hospitationsantritt:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel der/des Hospitant:in

**Bestätigung nach der Hospitation:**

Kurzbeschreibung der  
Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hospitationszeitraum:**

Datum: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

halbtags     ganztags

Anerkennung durch die Ärztekammer  
Hamburg nach erfolgter Hospitation:

\_\_\_\_\_ Punkte Kategorie G

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel der/des Hospitationsgeber:in