

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Medizinische Fakultät

**Bescheinigung**

über den Leistungsnachweis **“Blockpraktikum Chirurgie“**

mit der Note \_\_\_\_\_

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Matrikelnummer:

Der/ die Studierende im

Wintersemester 20\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sommersemester 20\_\_\_\_

den Mini-CEX \_\_\_\_\_

in der \_\_\_\_\_ (Klinik)

erfolgreich mit der oben angegebenen Note absolviert.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

Siegel/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Prüfers/der Prüferin