

**Zeugnis**  
**über den Krankenpflagedienst**  
(während des freiwilligen sozialen Jahres)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

hat im Rahmen des *freiwilligen sozialen Jahres* in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein                       ja       von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

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

Siegel oder Stempel

\_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes