

Bestätigung
über die Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst
(Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber)
unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes
zum Erwerb der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin"

Frau / Herr _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

hat im Zeitraum vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

unter meiner Anleitung als verantwortlicher Notarzt am Notarztdienst im Öffentlichen Rettungsdienst teilgenommen und _____ Notarzteinsätze (genaue Anzahl) im Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber durchgeführt.

Stempel des verantwortlichen Notarztes _____
mit seiner Tätigkeitsadresse

Name und Vorname in **DRUCKBUCHSTABEN** _____

Unterschrift des verantwortlichen Notarztes _____

Ort _____ Datum _____