**Anwesenheitsbestätigung**

Hiermit bestätige ich, (Name Arzt/Ärztin),

dass Herr/Frau (Name StudentIn)

mit der Matrikelnummer \*

am (Datum)\*

von (Uhrzeit)\*

bis (Uhrzeit)

in meiner Ordination im Rahmen des Mentoring eine Schnupperpraxis absolviert hat.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel