



Teilerkennung für Augenheilkunde

Matrikelnummer	
Name	
Vorname	
Studiengang	

Folgende Teilleistungen werden dem/der oben genannten Studenten/Studentin anerkannt:

	Semester	Hochschule
Prüfungen:		
Klausur DIPOL-Kopf		
Praktikum - Schriftliche Prüfung		
Kurse:		
Teilnahme Kopf Tutorien		
Teilnahme Augenheilkunde UaK		

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel Fachgebiet