

Individueller Rotationsplan

für

(Name Arzt/Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin)

am

(Datum)

im WBV

Zeitraum	Gebiet	Bemerkungen (Bsp. Vollzeit/Teilzeit, Reihenfolge ggf. ändern,...)

(Unterschrift Arzt/Ärztin in Weiterbildung AM)

(Unterschrift Ansprechpartner Organisation)