Zeugnis über den Pflegedienst

(Anlage 10 zu § 14 Absatz 2 Satz 2 ZApprO)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

hat im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus oder der unten bezeichneten Rehabilitationseinrichtung unter meiner Leitung den Pflegedienst abgeleistet.

Dauer des Pflegedienstes

Von _____ bis _____

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

○ Nein ○ Ja, vom _____ bis _____

Ort, Datum _____

Siegel oder Stempel

Name des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung

_____

_____

(Unterschrift der Pflegedienstleitung)