

Zeugnis über den Pflegedienst (zu § 14 Absatz 2 Satz 2 ZApprO)

Name, Vorname,.....

Matrikelnummer

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)