

Zeugnis / Certificate

über den / concerning

Pflegedienst / nursing service

(Anlage 10 zu § 14 Abs. 2 Satz 2 ZApprO)

Name: Vorname:
Surname: *First name:*

Geburtsdatum: Geburtsort:
Date of birth: *Place of birth:*

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

has accomplished nursing service as part of dental training at the following hospital or rehabilitation facility stated below under my supervision.

Dauer des Pflegedienstes:
Duration of nursing service: von/ from bis/ to

Die Ausbildung ist unterbrochen worden:
The training has been interrupted:

- nein/ no
- ja/ yes vom/ from bis/ to

.....
Ort, Datum
Place, Date

Siegel oder Stempel
Seal or Stamp

.....
Name des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung
Name of hospital/rehabilitation facility

.....
Unterschrift der Pflegedienstleitung
Signature of head of nursing service