

Anlage 10 (zu § 14 Absatz 2 Satz 2)

Zeugnis über den Pflegedienst

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)