

ZEUGNIS über den Pflegedienst

Persönliche Daten	
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:	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	
von	bis

Name des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung

Siegel oder Stempel

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Pflegedienstleitung)