

Zeugnis über den Pflegedienst Certificate of nursing practical

Name, Vorname / Name, first name	
Geburtsdatum / Date of birth	Geburtsort / Place of birth

hat im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus oder der unten bezeichneten Rehabilitationseinrichtung unter meiner Leitung Krankenpflegedienst geleistet.

has done a nursing practical under my guidance in the hospital mentioned below or the rehabilitation facility mentioned below

Dauer des Pflegedienstes Duration of nursing practical	von / from	bis / to
---	------------	----------

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

the nursing practical was interrupted

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

Siegel
oder Stempel
seal

Ort, Datum / Place, date

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

(Unterschrift der Pflegedienstleitung)
(signature head of nursing)