

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 Krankenpflegedienst geleistet.

Dauer des Pflegedienstes

von

bis

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja

von

bis

Ort, Datum

Siegel
oder Stempel

Name des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung

(Unterschrift der Pflegedienstleitung)