

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 Pflegedienstleistung)