

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