

**Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO)
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

Name des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung:

.....

.....

Siegel oder Stempel:

Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Pflegedienstleitung)