

Zeugnis über den Pflegedienst (zu § 14 Absatz 2 Satz 2 ZApprO)

Certificate of nursing practical

Name, Vorname (**Name, first name**),

Matrikelnummer (**Registration number**)

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 den Pflegedienst abgeleistet.

(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**) vom (**from**) bis (**to**)

Ort, Datum (**Place, date**),

Siegel

oder Stempel

(**seal**)

Name des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung

(Name of hospital / rehabilitation facility)

.....

.....

(Unterschrift der Pflegedienstleitung)

(signature head of nursing)