

# Zeugnis / Certificate

## über die Famulatur / about the clinical traineeship

(Anlage 11 zu § 15 Abs. 2 Satz 3 ZApprO)

Name, Vorname / Surname, first name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Date of birth \_\_\_\_\_

Geburtsort / Place of birth \_\_\_\_\_

hat nach bestandenem Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung / has passed the first section of the dental examination

vom / from \_\_\_\_\_ bis zum / until \_\_\_\_\_

regelmäßig unter meiner Aufsicht und Leitung die Famulatur absolviert. Während dieser Zeit ist der / die Studierende in der / regularly completes the clinical traineeship under my supervision and guidance. During this time, the student is in the

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung der Einrichtung / Name of the organisation)

vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet / preferably with activities in the field of

beschäftigt worden / have been employed.

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / The training has been interrupted:

nein / no

ja / yes vom / from \_\_\_\_\_ bis / until \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass zwischen meiner Praxis / Einrichtung und der Charité-Universitätsmedizin Berlin eine Vereinbarung zur Durchführung einer Famulatur nach § 15 der Approbationsordnung für Zahnärzte abgeschlossen wurde / I confirm that an agreement has been concluded between my practice / institution and the Charité-Universitätsmedizin Berlin for the realisation of a clinical traineeship in accordance with § 15 of the licensing regulations for dentists.

Ort, Datum / Place, date \_\_\_\_\_

(Siegel oder Stempel der Einrichtung /  
Seal or stamp of the practice / organisation)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Zahnarztes bzw. der Zahnärztin /  
Signature of dentist)

<https://www.berlin.de/lageso/>

BERLIN

