

# Zeugnis / Certificate

über den / concerning

## Pflegedienst / nursing service

(Anlage 10 zu § 14 Abs. 2 Satz 2 ZApprO)

Name: ..... Vorname: .....  
*Surname:* ..... *First name:* .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
*Date of birth:* ..... *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 accomplished nursing service as part of dental training at the following hospital or rehabilitation facility stated below under my supervision.*

Dauer des Pflegedienstes:  
*Duration of nursing service:* von/ from ..... bis/ to .....

Die Ausbildung ist unterbrochen worden:  
*The training has been interrupted.*

nein/ no

ja/ yes vom/ from ..... bis/ to .....

.....  
Ort, Datum  
*Place, Date*

Siegel oder Stempel  
Seal or Stamp

.....  
Name des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung  
Name of hospital/rehabilitation facility

.....  
Unterschrift der Pflegedienstleistung  
Signature of head of nursing service