

**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)