

**Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO) - Anlage 10
(zu § 14 Absatz 2 Satz 2)**

Zeugnis über den Pflegedienst

(Fundstelle: BGBl. I 2019, 975)

Name, Vorname (lt. Identitätsnachweis)	
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

von	bis
-----	-----

Ort	Datum
(Siegel)	
..... (Name des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung)	
..... (Unterschriften der Pflegedienstleitung)	