

## **Zeugnis über den Pflegedienst** ***Certificate concerning nursing service***

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| Name/ <i>Surname</i> :               | ..... |
| Vorname/ <i>First name</i> :         | ..... |
| Geburtsdatum/ <i>Date of birth</i> : | ..... |
| Geburtsort/ <i>Place of birth</i> :  | ..... |

hat im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus oder der unten bezeichneten Rehabilitationseinrichtung unter meiner Leitung den Krankenpflegedienst geleistet.  
*has accomplished nursing service as part of dental training at the following hospital or at the following rehabilitation facility 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*:

Von/*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 Pflegedienstleitung/*Signature of head of nursing service*