

Anlage 10  
(zu § 14 Absatz 2 Satz 2 ZApprO)

**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 ein Pflegedienst abgeleistet.

Dauer des Pflegedienstes

von:	bis:
------	------

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja                      von:                                      bis:

Ort, Datum

Siegel oder Stempel

Name des Krankenhauses:

.....

Unterschrift der Pflegedienstleitung