

# Zeugnis über den Pflegedienst

Anlage 10 zu § 14 Abs. 2 Satz 2 Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO)

## 1. Pflegedienst leistende Person \*

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

## 2. Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung \*

Bezeichnung

## 3. Pflegedienst \*

Die Pflegedienst leistende Person (Nr. 1) hat im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung in dem unter Nr. 2 genannten Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung unter meiner Leitung den Pflegedienst abgeleistet.

### Dauer des Pflegedienstes:

vom

bis

### Ist die Ausbildung unterbrochen worden?

Ja

Nein

Falls Ja:

vom

bis

Abteilung/Station in/auf der der Pflegedienst abgeleistet wurde (bitte keine Abkürzungen verwenden)

### Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link  sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Datum \*

Ort \*

Siegel oder Stempel

Unterschrift der Pflegedienstleitung