

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort

hat im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus oder der unten bezeichneten Rehabilitationseinrichtung unter meiner Leitung Krankenpflagedienst geleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes

von

bis

die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja

von

bis

Siegel
oder Stempel

Ort, Datum

Name des Krankenhauses/der
Rehabilitationseinrichtung

(Unterschrift der Pflegedienstleitung)

Bei der Ableistung in einer Rehabilitationseinrichtung (Rehaklinik), wird vom Unterzeichneten bestätigt, dass die /der obengenannte Pflegedienstleistende überwiegend mit Tätigkeiten beschäftigt war, die dem durchschnittlichen Pflegeaufwand in einem Krankenhaus entsprechen und aus dem Bereich der Grund- und Behandlungspflege, wie z.B. Waschen, Betten, Lagern, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Unterstützung beim Verrichten der Notdurft, Be- und Entkleiden etc., stammen.