

## **Zeugnis über den Pflegedienst**

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum, Geburtsort:**

**Matrikelnummer:**

Der / die o.g. Studierende 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:**

**Name des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung:**

Bei dem / der zuvor genannten Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtung handelt es sich um eine bettenführende Einrichtung und die/der Studierende wurde in den Betrieb, die Organisation und die Aufgaben der Krankenpflege eingeführt. Hierzu zählten beispielsweise die Teilnahme an der Visite, Temperatur- und Blutdruckmessungen, die Versorgung von Patient\*innen oder die Blutentnahme.

**Ort, Datum:**

**Siegel / Stempel:**

**Unterschrift der Pflegedienstleitung:**