

# ZEUGNIS über die Famulatur

Persönliche Daten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	

hat nach bestandenem Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

von		bis	
-----	--	-----	--

regelmäßig unter meiner Aufsicht und Leitung die Famulatur absolviert.  
Während dieser Zeit ist der Studierende / die Studierende in der

--

( Bezeichnung der Einrichtung )

vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

--

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist unterbrochen worden:			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja			
von		bis	

\_\_\_\_\_  
( Ort, Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin )

Stempel der Praxis