

# Hospitationsbescheinigung

## **Bestätigung über die erfolgreiche Teilnahme an der praktischen, ärztlichen Schulung zur Covid19-Impfung für Zahnärztinnen und Zahnärzte**

Hiermit wird bestätigt, dass

Anrede:

Vorname:

Name:

Anschrift:

das praktische ärztliche Schulungsprogramm zur Covid19-Impfung, hier Impfhospitation, basierend auf dem Muster-Curriculum der Bundeszahnärztekammer für Zahnärztinnen und Zahnärzte zur praktischen Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vollständig im Zeitumfang von 2 Unterrichtsstunden absolviert hat.

Die praktische ärztliche Schulung wurde durchgeführt bei:

Praxis

Impfstelle/ Arztpraxis:

Ort:

Datum:

.....  
Unterschrift der/des Verantwortlichen  
der Impfstelle/Arztpraxis