

Die Ausgabe dieser Bestätigung erfolgt durch den Schulungsanbieter  
der praktischen, ärztlichen Notfall-Schulung.

## **Muster**

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

#### **- Bescheinigung über eine praktische, ärztliche Notfall-Schulung -**

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

Vorname:

Name:

Praxisadresse:

das praktische ärztliche Schulungsprogramm zur Covid19-Impfung, hier praktische ärztliche Notfall-Schulung, 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 Teilnahme am Schulungsprogramm wird mit 3 Fortbildungspunkten gemäß der Leitsätze der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (DGZMK) bewertet.

Schulungsanbieter:

Ort:

Datum:

Unterschrift: