

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

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

Vorname:

Name:

Praxisadresse:

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.

Impfstelle:

Ort:

Datum:

Unterschrift: