

Anlage 3: Die Ausgabe dieser Bestätigung erfolgt durch den Schulungsanbieter.

## **Muster**

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

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

Vorname:

Name:

Praxisadresse:

das theoretische ärztliche Schulungsprogramm zur Covid19-Impfung, 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 und dass die Lernerfolgskontrolle bestanden wurde.

Schulungsanbieter:

Ort:

Datum:

Unterschrift: