

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 496
24106 Kiel

Zertifikat Impfen

Titel, akad. Grad, Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Hiermit beantrage ich die Ausstellung des Zertifikats Impfen.

Ich bestätige, dass ich die Voraussetzungen hierfür erfüllt habe:

- ÖGD-Kurs (2 UE), Original-Bestätigung liegt bei
und
- Selbststudium gemäß BZÄK-Mustercurriculum, Anlage 1 (2 UE)
und
- Hospitation im Impfzentrum oder beim Arzt (2 UE), Original-Bestätigung liegt bei

oder

- ÖGD-Kurs (2 UE), Original-Bestätigung liegt bei
und
- Kurs bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein (2 UE Theorie + 2 UE Praxis), Original-Bestätigung liegt bei

Ort, Datum _____

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers _____