

**- 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.

Diese Schulung wird mit 2 Fortbildungspunkten entsprechend den Leitsätzen zur Zahnärztlichen Fortbildung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) bewertet.

Impfstelle:

Ort:

Datum:

Unterschrift: