|  |  |
| --- | --- |
| Eventuell: PLATZ FÜR Ordinationsstempel | Ort, Datum  |
| Ordination:  |
| Bestätigung für Zahnärzte (Arbeitskräfte kritischer Infrastruktur)  |  |

Hiermit wird bestätigt, dass meine zahnärztliche Ordination in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

für zahnmedizinisch notwendige Behandlungen geöffnet hat.

Name des Ordinationsinhabers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art der Aufgabe: Durchführung von zahnmedizinisch notwendigen Behandlungen

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ordinationsstempel/Ort der Aufgabenerfüllung

*Diese Bestätigung wird bei Bedarf im Original Prüforganen vorgewiesen; Kopien werden zur Aushändigung mitgeführt.*



\_\_\_