|  |  |
| --- | --- |
| Platz für Ordinationsstempel | Ort, Datum |
|  |
| Bestätigung des Arbeitgebers für Arbeitskräfte kritischer Infrastruktur  |  |

Hiermit wird bestätigt, dass die Ordination Dr. ………………………………………. geöffnet hat.

Frau …………………..…………….……. ist Angestellte in meiner Ordination und gilt als Schlüsselarbeitskraft ohne die eine zahnmedizinische Versorgung nicht aufrecht erhalten werden kann.

Art der Aufgabe: Assistenz bei der Durchführung von zahnmedizinisch notwendigen Behandlungen

Ort der Aufgabenerfüllung (Adresse der Ordination): …………………………………………………………………………………………….

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stempel

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

\_\_\_