



PRAKTIKUMSBESTÄTIGUNG ZAHNARZTHELFER/ZAHNTECHNISCHES PRAKTIKUM

Achtung: Die Bestätigung muss spätestens bis zum ersten Tag der Registrationszeit des Wintersemesters abgegeben werden. Für die Anerkennung des Praktikums ist sowohl die Unterschrift des/der Praktikumsleiters/in, als auch die des/der Lehrbeauftragten der UP MF nötig. Die Abgabe der persönlichen Aufzeichnungen ist auch Pflicht.

A. Persönliche Daten	
Name:	Vorname:
E-Mail-Adresse:	EHA-Code oder Neptun Code:
Postanschrift:	Telefonnummer:

B. Daten des Praktikums (wird vom Zielinstitut ausgefüllt)	
Name des Arztes:	
Adresse (Land, Stadt, Straße, Hausnummer):	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Praktikumszeitraum (von-bis):	
Anforderungen des Zahnarztthelfer Praktikums: <ol style="list-style-type: none">1. Der/die Student/in soll das Infektionsregelungsprotokoll der Zahnarztpraxis kennenlernen.2. Der/die Student/in soll die Schritte der Infektionsregelung erlernen und darüber ein Manuskript schreiben.3. Der/die Student/in soll die Instrumente und Geräte aller Bereiche der Zahnmedizin (Prosthodontics, Endodontics, etc.) in einer Zahnarztpraxis kennenlernen.4. Der/die Student/in soll an der Arbeit eines Zahnarztassistenten und Dentalhygieniker teilnehmen.	
<input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass der/die oben genannte Studierende das Praktikum den obigen Praktikumsanforderungen entsprechend absolviert hat.	
<input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass der/die oben genannte Studierende das Praktikum den obigen Praktikumsanforderungen entsprechend mit Ausnahme folgender Punkte absolviert hat:	
Unterschrift des Arztes:	Datum / Stempel:



C. Die Genehmigung der Lehrbeauftragten in der UPMF	
Institut/Klinik: UPMF, Studienfach Zahnmedizin, Klinik für Zahnmedizin und Mundchirurgie	
Anmerkung:	
<input type="checkbox"/> Ich akzeptiere die Absolvierung des Praktikums.	<input type="checkbox"/> Ich akzeptiere die Absolvierung des Praktikums nicht.
Unterschrift:	Unterschrift:
Datum / Stempel:	Datum / Stempel:

