

Hospitationsbescheinigung

Bestätigung über die erfolgreiche Teilnahme an einer praktischen ärztlichen Schulung zur SARS-CoV-2-Schutzimpfung für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

Titel Vorname: _____

Nachname: _____

Geb.-Dat. Geburtsort:
(v. Teilnehmer/-in selbst auszufüllen) _____

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 Zeitraum von 2 Unterrichtsstunden absolviert hat.

Bestandteil der Schulung waren folgende Themen:

- Anamnese, Beachtung von Kontraindikationen, Aufklärung, Impfberatung, Einholen der Einwilligung, Vorbereitung und Lagerung des Impfstoffes, Besonderheiten beim Aufziehen der Impfdosen, Durchführen der Impfung, Notfallmaßnahmen, Organisation, Logistik, Dokumentation

Hospitationsstelle/
Stempel: _____

Titel Vor- Nachname
Hospitationsärztin/-arzt: _____

Ort, Datum Unterschrift: _____

Teilnehmer der Hospitation senden diese Seite bitte unterschrieben per E-Mail an:
impfzertifikat@zkn.de