

Die Kammern haben als zuständige Stelle nach Berufsbildungsgesetz die Aufsicht über die Berufsausbildung.
Zur Qualitätssicherung ist es erforderlich, folgenden Bogen auszufüllen und an die Bezirkszahnärztekammer Koblenz zurückzusenden.

Eine Kopie wird dem Ausbildungsberater zur Verfügung gestellt.



Praxisstruktur

Praxisname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

In meiner/unserer Praxis sind derzeit folgende Personen tätig:		
	Anzahl:	
	Vollzeit	Teilzeit
Zahnärzte:		
Assistenz Zahnärzte:		
Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA):		
Zahnmedizinische Prophylaxeassistenten (ZMP)		
Zahnmedizinische Verwaltungsassistenten (ZMV)		
Zahnmedizinische Fachassistenten (ZMF)		
Dentalhygieniker (DH)		
Auszubildende 1. Ausbildungsjahr		
Auszubildende 2. Ausbildungsjahr		
Auszubildende 3. Ausbildungsjahr		

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift