

## Zeugnis über den Krankenpflagedienst

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	Geburtsort:

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes:

von	bis
-----	-----

Die Ausbildung wurde unterbrochen:

nein       ja

von	bis
-----	-----

Der Krankenpflagedienst wurde in/auf der Abteilung/Station : \_\_\_\_\_  
abgeleistet. (Bitte keine Abkürzungen verwenden)

### **Datenschutzhinweis**

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link <https://www.lids.sachsen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Siegel  
oder Stempel

\_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Pflegedienstleitung