

## Abschlussprüfung „Zahnmedizinische Fachangestellte“

### Ausbildungsbescheinigung

**Beurteilung der Kenntnisse und Fertigkeiten der/des Auszubildenden sowie ihr/sein Verhalten während der Ausbildung durch die/den Ausbildende(n)**

---

Unabhängig von dieser Bescheinigung hat die/der Ausbildende der/dem Auszubildenden nach Beendigung der Ausbildungszeit gemäß § 16 Berufsbildungsgesetz ein Zeugnis auszustellen!

Name der/des Auszubildenden: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisfehlzeiten \_\_\_\_\_ Arbeitstage  
**(während der Ausbildung)**

Bitte geben Sie hier die Anzahl der  
**Praxisfehltage** (ohne Berufsschulfehltag) an.

Gemäß dem Ausbildungsrahmenplan der Landes Zahnärztekammer Hessen wurde die/der Auszubildende in folgenden Bereichen ausgebildet:

1. Behandlungsassistenten
2. Abrechnungswesen
3. Praxisorganisation und -verwaltung
4. Wirtschafts- und Sozialkunde

Ich versichere, dass die/der Auszubildende entsprechend dem Ausbildungsrahmenplan der Landes Zahnärztekammer Hessen von mir ausgebildet worden ist und die Fertigkeiten und Kenntnisse besitzt, die für die Teilnahme an der Abschlussprüfung erforderlich sind.

Ich bestätige, dass die/der Auszubildende das, nach § 6 Ausbildungsordnung vorgeschriebene, Berichtsheft sowie das Röntgentestatheft ordnungsgemäß geführt hat.

Gleichzeitig bestätige ich, dass die/der Auszubildende in der konservierenden/chirurgischen und in der prothetischen Abrechnung (nicht ausschließlich Leistungseingabe Computer) eingesetzt wurde und die Modalitäten der vierteljährlichen und monatlichen Abrechnung vermittelt wurden.

**Von der Anmeldung zur Abschlussprüfung meiner/meines Auszubildenden habe ich Kenntnis genommen. Die Prüfungsgebühren werden nach dem Anmeldeverfahren der Prüfung von mir überwiesen bzw. können von meinem Konto abgebucht werden.**

---

Ort , Datum

---

Unterschrift  
der/des ausbildenden Zahnärztin/Zahnarztes