

Die Kammern haben als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz (BBG) die Aufsicht über die Berufsausbildung. Zur Qualitätssicherung ist es sinnvoll, folgende Angaben der Bezirkszahnärztekammer Pfalz zur Verfügung zu stellen.

Praxisname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Stempel: _____

■ In meiner/unserer Praxis sind derzeit folgende Personen beschäftigt

		Anzahl	
Behandler	Zahnarzt/-ärztin in selbstständiger Tätigkeit	_____	
	angestellte/r Zahnarzt/-ärztin gem. § 32 b ZV-Z	_____	
Assistenten	Vorbereitungsassistent/in	_____	
	Entlastungsassistent/in	_____	
	Weiterbildungsassistent/in	_____	
		Vollzeit	Teilzeit
Zahnmedizinisches Fachpersonal	Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA)	_____	_____
	Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMF)	_____	_____
	Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV)	_____	_____
	Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP)	_____	_____
Auszubildende	1. Ausbildungsjahr	_____	
	2. Ausbildungsjahr	_____	
	3. Ausbildungsjahr	_____	

Ort, Datum _____ Unterschrift _____