

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 Trier zurückzusenden.



## Praxisstruktur

Praxisname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

In meiner/unsere 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