

Ausbildungsnachweis für ZahnärztInnen

Vorname, Name _____

Adresse _____

Tel/ Mail _____

Kurs	Ort	Datum	Dozent/Unterschrift
FMD E 16 UE			
FMD – MU/MM1 24 UE			
FMD CMD 20 UE			
FMD DSS 20UE			
FMD CMT 16UE			
FMD GS 20 UE			
FMD MT1 16 UE			
FMD MM 2 20 UE			
FMD OM 16 UE			
FMD GE 16 UE			
FMD Hospitationskurs 20 UE			
FMD Hospitation (Praxis) 4 Tage zu je 5 Std.			
Wahlkurs 16 UE			
Prüfung			

Die Absolvierung der Grundkurse ist Voraussetzung für die Teilnahme an den weiteren Kursen.