

# Passierbescheinigung

## für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Zahnarztpraxis

---

Name, Vorname

---

Zahnärztin/Zahnarzt

---

Anschrift Praxisstandort/Arbeitsstätte

Die vorgenannte Person ist in meiner Zahnarztpraxis beschäftigt und muss zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung die oben genannte Arbeitsstätte erreichen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Praxisinhaberin/Praxisinhaber

Praxisstempel