



Deutsche Gesellschaft  
für Kinderzahnheilkunde

## Testatkarte für \_\_\_\_\_

### Lachgassedierung      **Hospitation (5 x)**

Datum	Zeit	Unterschrift Kursbetreuung

### Lachgassedierung      **Assistenz (5 x)**

Datum	Zeit	Unterschrift Kursbetreuung

### Lachgassedierung      **Durchführung (5 x)**

Datum	Zeit	Unterschrift Kursbetreuung

**Hiermit bestätige ich, alle oben genannten Testate absolviert zu haben.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_