

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass

Dr. Matthias Klum

in meiner Praxis/ in der Klinik am

31.05.2017

an einer Hospitation teilgenommen hat.

Inhalt der Hospitation war:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Betreuung der Master-Thesis | <input type="checkbox"/> Mukogingivalchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Planungsbesprechung | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Antiinfektiöse Therapie | <input type="checkbox"/> Eingliederung |
| <input type="checkbox"/> Offene Therapie | <input type="checkbox"/> augmentative Maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> Recall | <input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges (Verteidigung) |

FFM 31.05.2017

Ort und Datum


Dozent