

Universitätsklinik (oder Institut) xxx, Ort  
Klinik (oder Institut) für xxx  
Direktor/in: Prof. Dr. med. xxx

Betreuung: Titel Vorname Name  
Arbeit unter Leitung von: Titel Vorname Name

**Titel der Masterarbeit**  
**Titel Titel Titel**

**Art** der Masterarbeit

## **MASTERARBEIT**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Dental Medicine (M Dent Med)

der Medizinischen Fakultät der Universität Bern  
vorgelegt am **Datum**

**Vorname Name** (Matrikelnummer)  
von **Ort**