



## Anmeldung

zur Ausbildungsabschlussprüfung im Ausbildungsberuf Med. Fachangestellte(r)

### Der Anmeldung sind nach § 8 und § 9 Abs. 1 der Prüfungsordnung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis im **Original** (Berichtsheft)
2. das letzte Zeugnis der zuletzt besuchten allgemeinbildenden Schule
3. das letzte Zeugnis der berufsbildenden Schule
4. Nachweis über Teilnahme am Kurs in Erster Hilfe (nicht älter als 2 Jahre und 16 Std. umfassend)
5. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung
6. ggf. amtsärztliche Bescheinigung über medizinische Einschränkungen bei der Prüfung

(Nr. 2 bis Nr. 6 Vorlage im **Original bzw. amtlich beglaubigter Fotokopie**)

7. ein tabellarischer Lebenslauf
8. ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise

### Wenn die Anmeldung (vorzeitige Zulassung) aufgrund § 9 Abs. 1 Prüfungsordnung erfolgt, sind zusätzlich beizufügen:

- die Beurteilung des ausbildenden Arztes
- die Stellungnahme der Berufsschule einschließlich des Nachweises der schulischen Leistungen

Anmeldung zur Prüfung im			
<input type="checkbox"/> Sommer	Jahr (JJJJ)	<input type="checkbox"/> Winter	Jahr (JJJJ/JJ)

1. Prüfling		
Name	Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)	Email (freiwillige Angabe)

2. Ausbildungspraxis		
Name		
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Fax	Email

Fachrichtung
Fachrichtung

### 3. Schulbildung

Grundschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Erweiterte Realschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Hauptschule / Gesamtschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Gymnasium	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Berufsgrundbildungsjahr	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Handelsschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Sozialpflegeschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Gewerbeschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Höhere Handelsschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Fachoberschule	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

### Fachklasse für Med. Fachangestellte

beim KBBZ	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
-----------	-----	----------------------	-----	----------------------

### Schulabschluss

Hauptschulabschluss
  Mittl. Bildungsabschluss
  Fachhochschulreife
  Hochschulreife

### 4. Ausbildung zum Med. Fachangestellten / zur Med. Fachangestellte

Dauer: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2,5 <input type="checkbox"/> 3 Jahre	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
---	-----	----------------------	-----	----------------------

### Falls die Ausbildungspraxis gewechselt wurde

Praxis	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Praxis	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

### Unterbrechung der Ausbildungszeiten bzw. Fehlzeiten (ggf. gesondertes Blatt benutzen)

Praxis	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
--------	-----	----------------------	-----	----------------------

### Zusammenstellung der Fehltage (ohne freie Wochenenden, freie Tage, Feiertage und Urlaub)

Grund	Fehlzeit		Anzahl der Fehltage
	von	bis	
Gesamtfehltage			

Fehltage		
Anzahl der Fehltage	Fehlzeiten von Montag bis Freitag <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> bis 65 Arbeitstage <input type="checkbox"/> ab 66 Arbeitstage Auflistung mit Bestätigung unter Punkt 6 "Zusammenstellung der Fehltage".
Unverbindliche Angabe		
Ich übernehme den/die Prüfungsbewerber/in in ein Arbeitsverhältnis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> fraglich		

Ort, Datum	
Stempel und Unterschrift des ärztlichen Arbeitgebers	Unterschrift des Med. Fachangestellten/der Med. Fachangestellten