



Ärztekammer des Saarlandes
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken

Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung im Beruf "Medizinische/r Fachangestellte/r"

im Sommer / Winter
nach mindestens 4 ½ Jahren Berufstätigkeit (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz)

Anmeldeschluss: siehe vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Antragsteller/in	
Vor- und Zuname	
geboren am	in
Anschrift	
Schulbildung	Staatsangehörigkeit
Telefon	

Der Anmeldung sind beizufügen:

- Tätigkeitsnachweise/Arbeitszeugnisse (mit Tätigkeitszeiten) oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb beruflicher Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit) im Beruf "Medizinische Fachangestellte"
- Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schulen in beglaubigter Kopie
- Zeugnisse einer weiterführenden Schule in beglaubigter Kopie
- Bescheinigung über die Teilnahme an einem 16-stündigen Erste-Hilfe-Kurs
- weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise (soweit vorhanden)
- ein tabellarischer Lebenslauf
- Bescheinigung über Art und Umfang einer etwaigen Behinderung

Prüfungsbewerber/in	
Ort, Datum	Unterschrift



Fragebogen

vom/von der Prüfungsbewerber/in auszufüllen

1. Anschrift des Arbeitgebers	
Name der Praxis	
Praxisstempel	
Straße	
Postleitzahl	Ort

2. Hatten Sie einen von der Ärztekammer genehmigten Ausbildungsvertrag?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *)			
wenn ja:	Ausbildung von	Ausbildung bis	
Ausbildende/r Ärztin/Arzt			
Name der Ärztin/des Arztes			
Straße			
Postleitzahl	Ort		
Welches Berufskolleg besuchten Sie			
Name des Berufskolleg		Fachklasse für Medizinische Fachangestellte von	bis

3. Besitzen Sie Fähigkeiten in Datenverarbeitung?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *)

Prüfungsbewerber/in	
Ort, Datum	Unterschrift

*) Zutreffende Angabe bitte ankreuzen!



Fragebogen

vom Arbeitgeber auszufüllen, bei dem der/die Prüfungsbewerber/in zuletzt tätig war oder ist

1. Praxisanschrift		
Name der Praxis		Praxisstempel
Straße		
Postleitzahl	Ort	

2. Besteht ein Arbeitsvertrag?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein ^{*)}	wenn ja, seit wann?

3. Halten Sie den/die Prüfungsbewerber/in nach beruflichen Fertigkeiten, Kenntnissen, Fähigkeiten sowie Persönlichkeit für befähigt, die Prüfung als Medizinische/r Fachangestellte/r abzulegen?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein ^{*)}

Ärztin/Arzt	
Ort, Datum	Unterschrift

^{*)} Zutreffende Angabe bitte ankreuzen!