



Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung für den Ausbildungsberuf zur/zum Medizinischen Fachangestellten

Anmeldefristen: Sommerprüfung jeweils zum 01.02. d. J. / Winterprüfung jeweils zum 01.09. d. J.

Der Anmeldung sind gemäß § 10 Abs. 4 a der Prüfungsordnung (i. V. m. § 8 und § 9 Abs. 1) beizufügen:

1. eine Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung
- sofern die Zwischenprüfung nicht im Kammerbezirk abgelegt wurde -
2. den schriftlich geführten Ausbildungsnachweis (im Original)
3. das letzte Zeugnis der berufsbildenden Schule in beglaubigter Abschrift
4. Nachweis über ausreichende Kenntnisse in Erster Hilfe in Form eines 16-stündigen Erste-Hilfe-Kurses in beglaubigter Abschrift, der nicht älter als zwei Jahre sein darf
→ Falls die Teilnahme bei der ÄK Saarland erfolgte, bitte das Datum angeben:
5. ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise
6. ein tabellarischer unterschriebener Lebenslauf mit Passfoto
7. eine Bestätigung darüber, dass keine Fehlzeiten in Schule und Praxis von mehr als 10 % der zurückgelegten Ausbildungsdauer vorliegen
8. für den Fall, dass die bis zum Anmeldeschluss angefallenen Fehlzeiten 10 % der zurückgelegten Ausbildungszeit überschreiten, eine Gesamtaufstellung Ihrer Krankenkasse sowie eine Dokumentation der Fehlzeiten von Berufsschule und Ausbildungsbetrieb
9. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer vorliegenden Behinderung
→ Für den Fall, dass ein Antrag auf *Nachteilsausgleich* gestellt wird, sind diesem Antrag zusätzlich das gesonderte Formblatt sowie die dazugehörigen Anlagen beizufügen

Anmeldung zur Prüfung im Winter 20____ Sommer 20____

Persönliche Angaben des Prüflings:

Name: Vorname:
Geburtsname: Geburtsdatum:
Geburtsort & Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:
Anschrift:
E-Mail: Handy/Telefon:

Angaben zum Ausbildungsbetrieb:

Name der Praxis/Einrichtung:
Name d. verantwortlichen ärztlichen Ausbilder/in:
Anschrift:
E-Mail: Telefon: Fax:
Fachrichtung:

Ich übernehme den/die Prüfungsbewerber/in in ein Arbeitsverhältnis:

ja nein unklar



Schulbildung:

Gemeinschaftsschule	von:	bis:
Gesamtschule	von:	bis:
Erweiterte Realschule	von:	bis:
Fachoberschule/FOS	von:	bis:
Gymnasium	von:	bis:
Berufsfachschule/Handelsschule	von:	bis:
→ Fachrichtung: _____		
Sonstige: _____	von:	bis:

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:

Hauptschulabschluss	Mittlerer Bildungsabschluss	Fachhochschulreife	Abitur
Kein Schulabschluss	Im Ausland erworbener Abschluss		

Zuständiges Berufsbildungszentrum (MFA):

KBBZ Neunkirchen	KBBZ Halberg	KBBZ Saarlouis	Extern
------------------	--------------	----------------	--------

Klassenbezeichnung: _____

Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten:

Dauer: 2 2,5 3 3,5 4 Jahre	von: _____	bis: _____
Ausbildung in Teilzeit: Ja Nein	Ausbildung verkürzt: Ja	Nein

Angaben über Wechsel der Ausbildungspraxis:

Praxis:	von:	bis:
Praxis:	von:	bis:
Praxis:	von:	bis:

Fehlzeiten:

Gesamtanzahl der Fehltage bis zur Anmeldung
(ohne: Urlaub/freie Tage/Feiertage/freie Wochenenden)
in Berufsschule und Ausbildungsstätte:

Hinweise:

- Bei Fehlzeiten, die mehr als 10 % der bisherigen Ausbildungszeit betragen, sind die unter Ziffer 8 genannten Anlagen beizufügen
- Bei Wechsel/n der Ausbildungsstätte müssen alle vorangegangenen Fehlzeiten mit angegeben werden

Hinweis: Mit unseren Unterschriften bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und melden den/die Prüfungsbewerber/in verbindlich zur Abschlussprüfung an.

Ort, Datum & Unterschrift d. Prüfungsbewerber/in
& ggf. gesetzliche/r Vertreter/-in

Ort, Datum, Stempel d. Ausbildungsbetriebes &
Unterschrift d. verantwortlichen ärztlichen Ausbilder/in