



ANTRAG AUF EINTRAGUNG

in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

Die/der Auszubildende ist verpflichtet, unverzüglich nach Abschluss des Vertrages, auf jeden Fall vor Beginn der Ausbildung, die Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse bei der Ärztekammer zu beantragen.

Da der Antrag die Grundlage amtlicher Beurkundungen der Ärztekammer bildet, ist es besonders wichtig, dass dieser vollständig und sorgfältig ausgefüllt wird. Sie erleichtern der Kammer so die Bearbeitung Ihres Antrages und ersparen uns Rückfragen. Auszufüllen sind die stark umrandeten Felder des Antrages, und zwar mit Schreibmaschine oder in Blockschrift. Weiterhin ist bei das jeweils zutreffende anzukreuzen.

1. Auszubildende/ Auszubildender

Name, Vorname	weiblich: <input type="checkbox"/>	männlich: <input type="checkbox"/>	Familienstand:
Straße Hausnummer	E-Mail-Adresse (Bitte ausfüllen!):		Telefonnummer privat:
Postleitzahl	Wohnort		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	Aufenthaltserlaubnis/Arbeitslaubnis nach § 284 SGB III		
Ausbildungsbeginn	Berufsschule		

2. Gesetzliche/r Vertreter/in

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

3. Gemäß § 28 (BBiG) soll unter der Verantwortung der Ausbilderin/des Ausbilders folgende Person mitwirken: (Ist die mitwirkende Person kein/e Arzt/Ärztin, empfehlen wir die Prüfung zur Ausbildereignung abzulegen.)

Name, Titel, Vorname	
Straße, Hausnummer (privat)	
Postleitzahl (privat)	Wohnort (privat)
niedergelassen seit:	oder: Tätigkeit als (in der Ausbildungsstätte)

4. Angaben zur Ausbildungspraxis

Gesamt zahl/* der Angestellten	Vollzeit	Teilzeit	Gesamtzahl <input type="text"/> der Auszubildenden (einschl. Neuantrag)	Kassenzulassung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Bitte immer ausfüllen!	
davon Arzthelferinnen/Med. Fachangestellte			Beigefügt sind folgende Unterlagen der/s Auszubildenden:	Schulzeugnis
MTA			<input type="checkbox"/>	Bescheinigung der Erstuntersuchung nach JuArbG
Gesundheits- und Krankenpfleger/- innen				Unterlagen bei Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit bzw. Anrechnung anderer Ausbildungszeiten
Sonstige				

Hinweis: Bitte nur die grau hinterlegten Felder ausfüllen

Vier Fragen zum/zur Auszubildenden

1. Wenn Sie diese Ausbildung beginnen: Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie dann?

a)	ohne Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(1)	
b)	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(2)	
c)	Realschulabschluss oder vergleichbarer mittlerer	<input type="checkbox"/>	(3)	
d)	Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	(4)	
e)	Hochschulreife (Abitur)	<input type="checkbox"/>	(5)	
f)	im Ausland erworbener Abschluss, sofern dieser a-d nicht zugeordnet werden kann (falls Zuordnung	<input type="checkbox"/>	(6)	

2. Wenn Sie diese Ausbildung beginnen: Haben Sie bereits eine oder mehrere der folgenden Qualifizierungen abgeschlossen?
(Mehrfachnennungen möglich)

Berufsvorbereitung, berufliche Grundbildung

ja nein

a)	a) betriebliche Qualifizierungsmaßnahme von mindestens 6 Monaten Dauer (Einstiegsqualifizierungsjahr (EQJ); Qualifizierungsbaustein, Betriebspraktika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
b)	Berufsvorbereitungsmaßnahme von mindestens 6 Monaten Dauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
c)	schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
d)	schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
e)	Berufsfachschule ohne voll qualifizierenden Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	

Berufsausbildung

ja nein

f)	Berufsausbildung/Lehre mit Ausbildungsvertrag (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
g)	Berufsausbildung/Lehre mit Ausbildungsvertrag (nicht erfolgreich abgeschlossen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
h)	schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (bitte nur bei erfolgreichem Abschluss angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	

3. Ihre Staatsangehörigkeit? deutsch andere:

4. In welchem Bundesland liegt Ihr Heimatwohnsitz?

Vier Fragen zum Betrieb/zur Ausbildungsstätte bzw. zum Ausbildungsvertrag

5. Wird dieses Ausbildungsverhältnis überwiegend öffentlich gefördert (d.h. zu mehr als 50 %)?

ja (1) nein (0)

Falls ja, bitte Art der Förderung angeben (Mehrfachnennungen möglich)

a)	Sonderprogramm des Bundes/Landes	<input type="checkbox"/>	(1)	
b)	außerbetriebliche Berufsausbildung nach § 241 (2) SGB III	<input type="checkbox"/>	(1)	
c)	außerbetriebliche Berufsausbildung – Reha nach § 100 Nr. 5 SGB III	<input type="checkbox"/>	(1)	

6. Wurde eine besondere Vereinbarung zur Verkürzung der täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit getroffen (so genannte Teilzeitberufsausbildung)? ja (1) nein (0)

7. Welchem Wirtschaftszweig gehört Ihr Betrieb an? (Gesundheitswesen)

85

8. Gehört Ihr Betrieb zum öffentlichen Dienst? ja (1) nein (0)

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der ausbildenden Ärztin/ des ausbildenden Arztes