



# ANMELDUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG

Anmeldung zur Abschlussprüfung: Medizinische Fachangestellte (MFA)

Regulär

Vorzieher

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beginn der Ausbildung: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Vertragsnr.: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

**ACHTUNG: Bitte schicken Sie uns die Anmeldung mit den dazugehörigen Anlagen ausschließlich per Post! Die Anmeldung per Fax ist nicht zulässig.**

**Folgende Nachweise liegen dieser Anmeldung in Kopie bei:**

1. Beurteilung des ausbildenden Arztes
2. Tabellarischer Lebenslauf (ohne Foto)
3. Angabe über Fehlzeiten
4. Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung
5. Kopien aller Berufsschulzeugnisse
6. Den Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) bitte erst zur Praktischen Prüfung mitbringen – es sei denn, es werden mehr als 75 Fehltage auf Seite 3 der Anmeldung ausgewiesen oder die Anmeldung erfolgt als „Vorzieher“. **Bitte senden Sie das Berichtsheft eingescannt an „[med.fachberufe@æksh.de](mailto:med.fachberufe@æksh.de)“.**
7. Bei Ausbildung in sonstigen Bereichen (z.B. Reha-Klinik, Labor, Bundeswehr):  
Nachweis des 6-monatigen Praktikums
8. Sonstige Nachweise (z.B. Schwangerschaft, Behinderung)

**Anmeldeschluss Sommer/ Winter: 15.02./31.08. des Jahres**

**Nur bei vorzeitiger Prüfung: (Arbeitgeber und Auszubildende unterschreiben)**

Hiermit beantrage ich für oben genannte/n Auszubildende/n gemäß § 45 BBiG die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r

**Beurteilung der/s Auszubildenden**

**a) Allgemeine Beurteilung**

(Fleiß, Ordnung, Führung, Zuverlässigkeit)

---



---

**b) Leistungen (bitte ankreuzen!)**

	Eine in jeder Hinsicht erheblich über dem Durchschnitt liegende und besonders anzuerkennende Leistung	Eine den Durchschnitt überragende Leistung	Eine Leistung, die den Anforderungen voll entspricht	Eine Leistung, die trotz Mängeln den Anforderungen noch genügt	Eine Leistung mit erheblichen Mängeln
Umgang mit Patienten					
Wartung des Praxisinventars					
Hilfeleistung in der Praxis					
Anwendung und Pflege med. Geräte/Instrumente					
Durchführung einfacher Laborarbeiten					
Sterilisieren und Desinfizieren					
Abwickeln von Schriftverkehr					

**c) Gesamtbeurteilung**

---



---



---

Hiermit melde ich gemäß § 10 der Prüfungsordnung MFA für die Durchführung von Abschlussprüfungen meine/n Auszubildende/n an. Mit der nachstehenden Unterschrift wird bestätigt, dass das Berichtsheft (Ausbildungsnachweis) ordnungsgemäß während der Ausbildungszeit geführt wurde. Gemäß der Gebührenordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 01.01.2007 (veröffentl. im Amtsblatt Schleswig-Holstein 1/S.3) wird für die Prüfung eine Prüfungsgebühr von 175,- € erhoben.

---

Unterschrift Auszubildende/r

### Angabe über Fehlzeiten

**Anzahl der entstandenen Fehltage während der Ausbildungszeit in der Praxis, ohne Berücksichtigung der Fehlzeiten aus der Berufsschule:**

- entschuldigt \_\_\_\_\_ Arbeitstage
- unentschuldigt \_\_\_\_\_ Arbeitstage
- keine Fehlzeiten während der gesamten Ausbildungszeit

Bei mehr als 35 Fehltagen bitten wir um prognostische Stellungnahme, ob ein erfolgreicher Abschluss der Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten zu erwarten ist und ob trotz der versäumten Ausbildungszeit die Ausbildungsinhalte gemäß Ausbildungsrahmenplan für die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/ zur Medizinischen Fachangestellten vermittelt werden konnten.

**Bei mehr als 75 Fehltagen ist der vollständig geführte Ausbildungsnachweis mit einzureichen.**

---

---

---

---

---

---

---

---

### Gesamtbeurteilung:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der ausbildenden Ärztin/des ausbildenden Arztes