



ANMELDUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG

Anmeldung zur Abschlussprüfung: Medizinische Fachangestellte (MFA)

Regulär

Vorzieher

Wiederholer/-in

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.
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.

Gesamtbeurteilung:

Unterschrift der ausbildenden Ärztin/des ausbildenden Arztes