

Bitte ausfüllen und spätestens zum
angegeben Anmeldeschluss senden an:

Ärztchammer Hamburg
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



Anmeldung zur Lehrabschlussprüfung

Hiermit melde ich gemäß § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung der Abschlussprüfungen
im Ausbildungsberuf des/der Medizinischen Fachangestellten Frau/Herrn

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____ Geb.-Ort: _____

Anschrift: _____

Beginn der Ausbildung: _____

zur Lehrabschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte der Ärztekammer Hamburg an.

Eine Beurteilung für die Abschlussprüfung habe ich abgegeben. Als weitere Anlagen liegen dieser Anmeldung
bei:

1. Ausbildungsnachweis
2. Abschrift des letzten Berufsschulzeugnisses (unbeglaubigte Kopie ist ausreichend)
3. Gegebenfalls Bescheinigungen über Art und Umfang einer Behinderung
4. Sonstige Nachweise (z. B. Schwangerschaft)
5. Nachweis über Laborausbildung gemäß Ausbildungsrahmenplan
6. Erste-Hilfe-Nachweis

Hamburg, den _____

Stempel und Unterschrift der ausbildenden
Ärztin/des ausbildenden Arztes

Unterschrift der/des Auszubildenden

Nur bei Antrag auf vorzeitige Zulassung!

Hiermit beantrage ich die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung gemäß § 45 BBiG auf Grund
meines Notendurchschnitts von mindestens 2,4 in den prüfungsrelevanten Fächern.

Unterschrift Auszubildende/r
Zustimmung der/des Ausbildenden

Unterschrift Auszubildende/r

Abschlussbeurteilung der auszubildenden Ärztin/des auszubildenden Arztes

Allgemeine Beurteilung:

(Fleiß, Ordnung, Führung, Zuverlässigkeit)

Leistungen:

(bitte nur ankreuzen!)

	Eine in jeder Hinsicht erheblich über dem Durchschnitt liegende und besonders anzuerkennende Leistung	Eine über dem Durchschnitt liegende Leistung	Eine Leistung, die den Anforderungen voll entspricht	Eine Leistung, die trotz Mängeln den Anforderungen noch genügt	Eine Leistung mit erheblichen Mängeln
Assistenz bei ärztlichen Verrichtungen					
Selbständig am Patienten durchgeführte Maßnahmen					
Labortätigkeiten					
Erfahrungen mit medizinisch-technischen Geräten					
Praxishygiene					
Tätigkeiten und Leistungen im Bereich der Verwaltung					
Tätigkeiten und Leistungen im Bereich der Kassenärztlichen Abrechnung					

Anzahl der entstandenen Fehltage während der Ausbildungszeit:

entschuldigt _____ Tage

unentschuldigt _____ Tage

ggf. Kommentar:

Gesamtbeurteilung:

Mit der nachstehenden Unterschrift wird bestätigt, dass der Ausbildungsnachweis ordnungsgemäß während der Ausbildungszeit geführt wurde.

Unterschrift der ausbildenden Ärztin/
des ausbildenden Arztes