

Anmeldung zur MFA-Abschlussprüfung Sommer 2025 zur Wiederholungsprüfung

Hiermit melde ich mich gemäß § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen für Medizinische Fachangestellte an:

Auszubildende Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Handy-Nummer: _____ Praxisnummer: _____

Zulassungskriterien gemäß § 39 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz:

1. Ausbildungszeit ist abgeleistet

davon Gesamtfehltage _____ wegen

in der Ausbildungspraxis: _____ Krankheit: _____ unentschuldigt: _____

inkl. Fehlzeiten seit der letzten Prüfung.

Ort, Datum

Unterschrift der ausbildenden Person
und Praxisstempel

2. Gesamtfehltag in der Berufsschule: entschuldigt: _____
unentschuldigt: _____
aus betrieblichen Gründen: _____

Durch Unterschrift der Lehrkraft wird die Anzahl der Fehltage in der Schule bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Lehrkraft und Schulstempel

Sollten Sie die schriftlichen Prüfungen bestanden haben, entfallen die Fehltage in der Berufsschule.

Ort, Datum

Unterschrift der auszubildenden Person

Diese Anmeldung senden Sie bitte bis zum **07. Februar 2025** an die Ärztekammer Bremen