

Anmeldung zur Abschlussprüfung Medizinischer Fachangestellter

Landesärztekammer Brandenburg
Referat Ausbildung MFA
Dreifertstraße 12

03044 Cottbus

Berufsschulort: _____

Prüfungsbewerber/in

Name, Vorname _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Mobil _____
E-Mail _____

Fehlzeiten Montag bis Freitag*

bis 65 Arbeitstage

ab 66 Arbeitstage:
Auflistung mit Bestätigung
auf der Rückseite

* Alle Fehlzeiten (ohne Urlaub) in Schule und Praxis: z. B. durch eigene Krankheit, Erkrankung des Kindes, Elternzeit, Kuren, unentschuldigtes Fehlen

Einzureichende Unterlagen

1. MFA Berufsschulzeugnisse (Kopien)
2. Ausbildungsnachweis/Berichtsheft; vollständig geführt und unterschrieben
3. Kammerbescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung MFA, wenn diese **nicht** in Brandenburg absolviert wurde (Kopie)
4. evtl. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung (Kopie)

Zusätzlich einzureichende Unterlagen bei vorzeitiger Abschlussprüfung

- Bestätigung des ausbildenden Arztes über mindestens gute Leistungen in der Praxis und
- Bestätigung, dass die Ausbildung bis zum Zeitpunkt der Praktischen Prüfung inhaltlich abgeschlossen sein wird

Datum, Unterschrift Prüfungsbewerber/in

Stempel, Unterschrift Ausbildender

