

Anmeldung zur Wiederholungsprüfung Medizinischer Fachangestellter

Landesärztekammer Brandenburg
Referat Ausbildung MFA
Dreifertstraße 12

03044 Cottbus

Bitte ergänzen

1. Wiederholungsprüfung
 2. Wiederholungsprüfung

Berufsschulort: _____

Prüfungsbewerber/in

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

Einzureichende Unterlagen

- evtl. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung (Kopie)

Antrag auf Wiederholungsprüfung

Hat der Prüfling bei nicht bestandener Prüfung in einem Prüfungsteil oder Prüfungsbereich **mindestens ausreichende Leistungen** (Note 4) erbracht, so ist dieser auf Antrag des Prüflings nicht zu wiederholen, sofern dieser sich innerhalb von zwei Jahren – gerechnet vom Tag der Beendigung der nicht bestandenen Prüfung an – zur Wiederholungsprüfung anmeldet.

	Behandlungs- assistenz	Betriebsorganisa- tion u. -verwaltung	WiSo	Praktischer Teil
Ich beantrage die Befreiung im Prüfungsbereich bzw. -teil:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wiederhole :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Prüfungsbewerber/in

ggf. Stempel, Unterschrift Ausbildender