



## 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;  
Aufüstung 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)

### Zusätzliche 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, Stempel Ausbilder/Träger

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfungsbewerber/in

# Anlage

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Auflistung aller Fehlzeiten in Schule und Praxis

von	bis	Fehltage (Mo - Fr)
<b>Gesamtanzahl :</b>		

\_\_\_\_\_ Datum                                  Unterschrift, Stempel Ausbilder/Träger                                  Unterschrift Prüfungsbewerber/in