

Ärztekammer Bremen  
Schwachhauser Heerstr. 30  
28209 Bremen

Ansprechpartnerin: Anja Neumann  
Telefon: 0421/3404-250  
Fax: 0421/3404-208

**Antrag auf Zulassung zur vorgezogenen Abschlussprüfung im  
Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte**

Hiermit melde ich mich gemäß § 45 Absatz 1 Berufsbildungsgesetz zur vorgezogenen  
Abschlussprüfung Sommer \_\_\_\_\_/Winter \_\_\_\_\_ an.

**Auszubildende/r:**

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ausbilder \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Vom Ausbilder auszufüllen:**

Einverständniserklärung des Ausbilders mit kurzer Begründung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Gesamtfehltag in der Praxis)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel Ausbilder)

Bremen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Auszubildende/r)

**Anlagen:**

- Eine Kopie der Teilnahmebescheinigung „Notfallmaßnahme in der Arztpraxis“, nicht älter als zwei Jahre
- Beglaubigte Kopie des letzten Berufsschulzeugnisses
- Berichtsheft

Fehlzeiten in der Berufsschule

Gesamtfehltage in der Berufsschule: entschuldigt: \_\_\_\_\_

unentschuldigt: \_\_\_\_\_

aus betrieblichen Gründen: \_\_\_\_\_

Durch Unterschrift des Klassenlehrers / der Klassenlehrerin wird die Anzahl der Fehltage in der Schule bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Klassenlehrerin / des Klassenlehrers  
und Schulstempel