

Ärzttekammer Bremerhaven  
Wiener Str. 1  
27568 Bremerhaven

Ansprechpartnerin:  
Claudia Utermöhle  
Tel.: 0471-4829330  
Fax: 0471-4829331

**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 Ausbilder)

**Vom Klassenlehrer auszufüllen:**

\_\_\_\_\_  
(Gesamtfehltag in der Berufsschule)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Klassenlehrer)

Bremerhaven, den \_\_\_\_\_

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

**Anlagen:**

Kopie der Teilnahmebescheinigung „Notfallmaßnahme in der Arztpraxis“ ( nicht älter als zwei Jahre)  
und eine beglaubigte Kopie des letzten Berufsschulzeugnisses