

Ergänzende Pflichtangaben: betriebliche Umschulung

1. Angaben zur/zum Umschüler:in

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

2. Angaben zur Umschulungsstätte

Name der Einrichtung	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Fachrichtung	
Verantwortliche:r Ärzt:in	

3. Angaben zur Anzahl der in der Umschulungsstätte tätigen Personen

Anzahl Auszubildende			
Anzahl Umschüler:innen (einschließlich Neueinstellung)			
Sonstige (z. B. Praktikant:innen)			
Medizinisches Personal / Assistenzpersonal	Anzahl Vollzeit	Anzahl Teilzeit	Summe Stunden
Ärzt:innen			
Arzthelfer:innen, Medizinische Fachangestellte			
Gesundheits-/Kinder-/Krankenpfleger:innen			
Sonstige (bitte benennen):			

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Stempel der Umschulungsstätte

Ort, Datum

Akad. Grad / Name / Vorname / Unterschrift
verantwortlicher:er Arzt:in