

Antrag auf Zulassung zur praktisch-mündlichen Fortbildungsprüfung

Frühjahr 20 __ | Herbst 20 __

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Geburtsort/Land:

E-Mail:

Telefon/Mobil:

Ich melde mich zum praktisch-mündlichen Teil der Fortbildungsprüfung an:

Erstmalige Prüfung

1. Wiederholung

2. Wiederholung

Ich habe alle acht schriftlichen Teilprüfungen erfolgreich abgelegt

bei der Ärztekammer Berlin

bei der Ärztekammer

Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung Medizinische:r Fachangestellte:r / Arzthelfer:in oder eines anderen Abschlusses entsprechend § 11 Absatz 1 der Prüfungsordnung
2. Bescheinigung(en) über Zeiten einschlägiger Berufserfahrung
3. Bescheinigung(en) über die acht bestanden schriftlichen Teilprüfungen oder Bescheinigung(en) über bestandene schriftliche Teilprüfungen

Hinweise

→ Dokumente der Nr. 1. und Nr. 2. sind nur dem erstmaligen Antrag bei der Ärztekammer Berlin beizufügen. Bei Folgeanträgen genügen Dokumente nach Nr. 3.

→ Zeugnisse, Bescheinigungen und andere Urkunden sind in **beglaubigter Kopie** einzureichen! Bescheinigungen über bei der Ärztekammer Berlin abgelegte schriftliche Teilprüfungen können in einfacher Kopie eingereicht werden.

→ Behinderten Menschen sind **auf Antrag** die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Bitte fügen Sie der Anmeldung bei Bedarf einen begründeten Antrag auf Nachteilsausgleich einschließlich tauglicher Nachweise bei.

→ Die Teilnahme an der Fortbildungsprüfung ist mit einer **Gebühr** verbunden. Die Höhe richtet sich nach der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin in der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Fassung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und melde mich verbindlich zur praktisch-mündlichen Fortbildungsprüfung „Fachwirt:in für ambulante medizinische Versorgung“ an.

x

Datum, Unterschrift **Prüfungsbewerber:in**

Wird von der Ärztekammer Berlin ausgefüllt

Zur Fortbildungsprüfung zugelassen:

Datum/Unterschrift **Ärztekammer Berlin**