

Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Hiermit beantrage ich vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung um 1 Semester 2 Semester

Ich möchte an der Abschlussprüfung im Sommer 20 ____ Winter 20 ____ / ____ teilnehmen.

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

E-Mail:

Telefonnummer:

Ausbildungsstätte:

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei:

ANLAGE zum Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung mit folgenden Angaben:

- Befürwortung und Stellungnahme des Ausbildenden zu den Leistungen in der Praxis
- Bescheinigung des Ausbildenden über den Umfang der Fehltage in der Praxis
- Schriftliche Bestätigung des Ausbildenden, dass der Ausbildungsnachweis geführt wurde

Befürwortung der Berufsschule mit Gesamtnotendurchschnitt

Zeugniskopien aller Berufsschulsemester

Bei vertraglich vereinbarter Rotation: Nachweis über die Durchführung der Rotation

Allgemeine Hinweise

- Senden Sie den Antrag an: **Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 – Berufsbildung, Friedrichsstr. 16, 10969 Berlin**; Anmeldeschluss (Posteingangsstempel entscheidend): Sommer: 10. Februar, Winter: 10. September
- Beachten Sie: Eine Ausbildungsdauer von 18 Monaten darf nicht unterschritten werden. Zudem muss die Zwischenprüfung in allen Prüfungsbereichen mit jeweils mindestens „befriedigend“ absolviert worden sein.
- Behinderten Menschen sind **auf Antrag** die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Bitte fügen Sie der Anmeldung bei Bedarf einen begründeten Antrag auf Prüfungserleichterung einschließlich tauglicher Nachweise bei.

x

Datum, Unterschrift **Prüfungsbewerber:in**

Wird von der Ärztekammer Berlin ausgefüllt

Zur vorzeitigen Abschlussprüfung zugelassen:

Datum/Unterschrift **Ärztekammer Berlin**

Anlage zum Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Von **Ausbildenden** auszufüllen!

Name Auszubildende:r:

- Ich/Wir **stimme/n** einer vorzeitigen Zulassung zur Abschlussprüfung **zu**. Es wird bestätigt,
- dass die sachliche und zeitliche Gliederung der Ausbildung entsprechend der verkürzten Ausbildungszeit abgeändert worden ist
 - dass der/dem Auszubildenden bis zur Abschlussprüfung die für das Erreichen des Ausbildungszieles wesentlichen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden können.
-

- Ich/Wir geben zu den bisherigen **Leistungen** der/des Auszubildenden im Verlaufe der Ausbildung folgende **Einschätzung** ab (Angaben zwingend erforderlich):
-

- Ich/Wir stimme/n einer vorzeitigen Zulassung aus folgenden Gründen **nicht zu**.
-

- Ich/Wir bestätige/n, dass der **Ausbildungsnachweis** (Berichtsheft) ordnungsgemäß geführt wurde.
-

- Ich/Wir bestätige/n **Fehltage während der praktischen Ausbildungszeit** wie folgt:

Fehltage insgesamt: _____ Tage Fehltage davon unentschuldigt: _____ Tage

Hinweis: Berufsschul- und Urlaubstage bleiben unberücksichtigt. Bei Wechsel/n der Ausbildungsstätte sind vorangegangene Fehlzeiten von Vorausbildenden gesondert zu bescheinigen.

x

Praxisstempel

Datum, Unterschrift **auszubildende:r Ärzt:in**