

Antrag auf Wiederholungsprüfung Zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten



Angaben zum Prüfling

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name

--	--	--	--	--	--	--	--

Registriernummer laut Ausbildungsvertrag

Vorname

Datum der nicht bestanden Abschlussprüfung

Die Abnahme der Wiederholungsprüfung wird beantragt für

1. Wiederholungsprüfung

Sommer _____
Jahr

Winter _____
Jahr

2. Wiederholungsprüfung

Sommer _____
Jahr

Winter _____
Jahr

Befreiung von Prüfungsleistungen für Wiederholer einer Abschlussprüfung

Ich beantrage die Befreiung von Prüfungsleistungen in den vorangegangenen Prüfungen, die nicht länger als zwei Jahre zurückliegen für folgende Prüfungsfächer:

Übernahme der Prüfungsleistung (zutreffendes ankreuzen)	Prüfungsbereich	Note	Prüfungsdatum abgelegt am
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abrechnungswesen		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Praxisorganisation		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behandlungsassistentz		
	Röntgen schriftlich		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wirtschafts- und Sozialkunde		

Die Wiederholungsprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r findet jeweils zu den regulären Prüfungsterminen statt.

Die genauen Prüftermine werden nach Erteilung der Zulassung schriftlich mitgeteilt

Ort, Datum

Unterschrift Prüfungsteilnehmer

Angaben zum Ausbilder

Name: _____

Praxisstempel:

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift Ausbilder

Eine Abschlussprüfung, die nicht bestanden ist, kann zweimal wiederholt werden. Es gelten die in der Wiederholungsprüfung erzielten Ergebnisse.