

Bitte in dreifacher Ausfertigung bei  
der Ärztekammer Berlin einreichen!

**Auszubildende/r:**

---

---

---

**Ausbildender Arzt / Ausbildende Ärztin:**

---

---

---

Ärztekammer Berlin  
Abteilung 3 - Berufsbildung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin

---

**Anzeige der Verlängerung des Ausbildungsverhältnisses wegen  
nicht bestandener Abschlussprüfung**

---

Die / Der Auszubildende Frau / Herr \_\_\_\_\_ hat nach nicht  
bestandener Abschlussprüfung im Sommer / Winter \_\_\_\_\_ die Verlängerung des  
Ausbildungsverhältnisses bis zur nächstmöglichen Abschlussprüfung verlangt.

Ich zeige hiermit an, dass sich das Ausbildungsverhältnis bis zur nächstmöglichen Ab-  
schlussprüfung verlängert, jedoch höchstens bis zum Ablauf eines Jahres nach dem ur-  
sprünglichen Beendigungszeitpunkt des Berufsausbildungsverhältnisses.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r

**Bitte nachfolgend keine Eintragungen vornehmen! Wird von der ÄK Berlin ausgefüllt.**

---

**Eintragungsvermerk ( Reg.-Nr. \_\_\_\_\_ ):**

Diese Anzeige ist in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Ärztekammer Berlin

(Siegel)