

Ärztchammer Berlin  
Abteilung 3 - Berufsbildung  
Friedrichstr. 16

10969 Berlin



**ÄRZTEKAMMER  
BERLIN**

**Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung  
im Beruf „Medizinische/r Fachangestellte/r“**

im Sommer..... / Winter .....

nach mindestens 4 ½ Jahren Berufstätigkeit (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz)

Vor- und Zuname .....

geboren am ..... in .....

Anschrift .....

Schulbildung ..... Staatsangehörigkeit.....

beschäftigt bei ..... Telefon .....

Bisherige Tätigkeit als Arzthelfer/in bzw. Medizinische/r Fachangestellte/r (einschl. evtl. Ausbildungszeit)

von – bis	Arbeitszeit (täglich bzw. wöchentlich)	Arbeitgeber

**Art und Dauer der einzelnen Tätigkeiten sind durch entsprechende Unterlagen  
(z. B. beglaubigte Kopien von Zeugnissen, Arbeitsbescheinigungen u. a.) nachzuweisen.**

**Die Nachweise sind beigefügt.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift des Prüfungsbewerbers