

Ergänzende Pflichtangaben zum Umschulungsverhältnis			
1. Angaben zum/zur Umschüler/in			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
2. Angaben zur Kooperationsstätte			
Name der Einrichtung			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Fachrichtung			
Verantwortliche/r Ärztin/Arzt			
3. Zeitraum der fachpraktischen Umschulung in der Kooperationsstätte			
Beginn			
Ende			
4. Angaben zur Anzahl der in der Kooperationsstätte tätigen Personen			
Anzahl <b>Auszubildende</b>			
Anzahl <b>Umschüler</b> (einschließlich Neueinstellung)			
<b>Sonstige</b> (z. B. Praktikanten)			
Medizinisches Personal / Assistenzpersonal	Anzahl Vollzeit	Anzahl Teilzeit	Summe Stunden
Ärzte/Ärztinnen			
Arzthelfer/in, Medizinische/r Fachangestellte/r			
Gesundheits-/Kinder- Krankenpfleger/in			
Sonstige (bitte benennen):			
<b>Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.</b>			
<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="color: gray;">Stempel der Kooperationsstätte</p> </div>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum		
	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Akad. Grad / Name / Vorname / Unterschrift <b>verantwortliche/r Arzt/Ärztin</b>		