

---

**ANTRAG AUF ZULASSUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG**  
(§ 6 Absatz 5 Prüfungsordnung, § 45 Absatz 2 Berufsbildungsgesetz)

**nach mindestens 4 ½ Jahren Tätigkeit  
im Beruf Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)**

**im Sommer 20..... / Winter 20.....**

---

**Bitte Anmeldeschluss beachten! Posteingangsstempel entscheidend**

Sommer: 10. Februar | Winter: 10. September

---

**Hiermit melde ich mich**

Frau/Herr : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

zur Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische/r Fachangestellte/r“ an.

**Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:**

- kein Schulabschluss       (erweiterte) Berufsbildungsreife       Mittlerer Schulabschluss  
 Abitur / Fachhochschulreife       Im Ausland erworbener Abschluss

**Berufsausbildung vorhanden:**     Ja     Nein

Ausbildung erfolgreich beendet     Ausbildung nicht erfolgreich beendet

Schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (nur bei erfolgreichem Abschluss)

Bisherige Tätigkeit im Beruf „Arztchelfer/in“/„Medizinische/r Fachangestellte/r“

Zeitraum	Arbeitszeit wöchentlich	Arbeitgeber

**Bitte wenden für einzureichende Nachweise / Unterlagen und Unterschrift**

---

**Folgende Nachweise/Unterlagen liegen der Anmeldung bei:**

Hinweis: Die notwendigen Unterlagen und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Kopie vorzulegen, fremdsprachige Unterlagen zusätzlich in amtlich beglaubigter Übersetzung.

- Tabellarischer bildungs- und erwerbsbezogener Lebenslauf
- Tätigkeits- und Ausbildungsnachweise oder eine glaubhafte Darlegung über den Erwerb der beruflichen Handlungsfähigkeit an Hand von Zeugnissen**

Hinweis: Zeiten der Berufstätigkeit mit einem wöchentlichen Beschäftigungsumfang von mindestens 35 Stunden werden in vollem Umfang angerechnet, Zeiten mit einem Umfang zwischen 10 und 34 Stunden wöchentlich anteilig. Zeiten mit einem Umfang von weniger als 10 Stunden wöchentlich bleiben außer Betracht.

---

Datum/Unterschrift **Prüfungsbewerber/in**

---

Hinweis: 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.

**Wird von der Ärztekammer Berlin ausgefüllt**

Zur Abschlussprüfung zugelassen:

---

Datum/Unterschrift **Ärztchammer Berlin**