



ÄRZTEKAMMER BERLIN

Ärztekammer Berlin  
Abteilung 3, Berufsbildung  
Friedrichstr. 16  
10969 Berlin

## Anmeldung zur Lernerfolgskontrolle im Rahmen des Fortbildungskurses „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“

Hiermit melde ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag, -ort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
E-Mail privat

mich zur Lernerfolgskontrolle am **23. November 2020** im Rahmen des Fortbildungskurses „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ an.

### Der Anmeldung sind folgende Unterlagen und Nachweise beigelegt:

1. Nachweise über die Teilnahme an den erforderlichen praktischen Fortbildungen (Hausbesuchsprotokolle und Falldokumentationen/Kurzbeschreibungen).
2. Nachweise über die Teilnahme an den erforderlichen theoretischen Fortbildungen sowie Fortbildungen im Notfallmanagement (entbehrlich für Fortbildungsmodule, die bei der Ärztekammer Berlin absolviert worden sind).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

Die Gebühr für die Lernerfolgskontrolle beträgt 120,00 €.

---

### Kostenübernahme Arbeitgeber/in:

Ich/Wir als Arbeitgeber/in verpflichten uns gegenüber der Ärztekammer Berlin zur Zahlung der Gebühr für die Lernerfolgskontrolle, die ich/wir nach Rechnungslegung durch die Ärztekammer Berlin an die nachstehende Anschrift begleichen werde/n.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname bzw. Praxis oder Klinik

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname bzw. Praxis oder Klinik

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich / E-Mail dienstlich

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber/in

---

### Von der Ärztekammer Berlin auszufüllen

Zur Lernerfolgskontrolle zugelassen: \_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift