

# Anmeldung

## zur Abschlussprüfung Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)

gem. § 45 Berufsbildungsgesetz



ÄRZTEKAMMER  
WESTFALEN-LIPPE

**Meldeschluss Sommerprüfung: 15. Januar**  
**Meldeschluss Winterprüfung: 1. Oktober**

Pers.-Nr.: ..... \*

Prüfungsausschuss: ..... \*

\* wird von der Kammer ausgefüllt

Ärzttekammer Westfalen-Lippe  
Postfach 4067  
48022 Münster  
E-Mail: mfa@aeowl.de  
Fax: 0251 929-2299

### Prüfungsbewerber/in:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnr.	
PLZ	Wohnort
Telefonnummer (tagsüber)	
E-Mail	

Der Anmeldung sind beizufügen (sofern noch nicht vorliegend):

- Tätigkeitsnachweise/Arbeitszeugnisse (mit Tätigkeitszeiten) oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb beruflicher Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit) im Beruf „Medizinische/r Fachangestellte/r“
- Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schulen
- Zeugnisse einer weiterführenden Schule
- weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise (soweit vorhanden)
- ein tabellarischer Lebenslauf
- Bescheinigung über Art und Umfang einer etwaigen Behinderung

Für die mit Abgabe der Anmeldung fällige Prüfungsgebühr von 200,00 Euro wird ein gesonderter Gebührenbescheid erstellt.

#### Hinweis:

Dem Prüfungsausschuss ist im Praktischen Teil der Prüfung eine Bescheinigung über ausreichende Kenntnisse in Erster Hilfe, nicht älter als drei Jahre, vorzulegen. Sollte dies nicht geschehen, kann vom Prüfungsausschuss die Zulassung zur Prüfung zurückgenommen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Prüfungsbewerber/in

# Fragebogen

von dem/der Prüfungsbewerber/in auszufüllen

1.

Anschrift der Arbeitsstätte  
(Praxisstempel)

2. Hatten Sie einen von der Ärztekammer genehmigten Ausbildungsvertrag?

ja                      nein

Wenn ja,  
von ..... bis ..... (Angabe Ausbildungsdauer)

Wenn ja,  
Angabe ausbildende/r Ärztin/Arzt: .....

.....

.....

Wenn ja,  
an welchem Berufskolleg besuchten Sie die Fachklasse für Medizinische Fachangestellte?

von ..... bis .....

.....

.....

.....

3. Besitzen Sie Fähigkeiten in Datenverarbeitung?

ja                      nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Prüfungsbewerber/in

# Fragebogen

vom Arbeitgeber auszufüllen, bei dem der/die  
Prüfungsbewerber/in zuletzt tätig war oder ist

1.

Anschrift der Arbeitsstätte  
(Praxisstempel)

2. Besteht ein Arbeitsvertrag?

ja                      nein

Wenn ja, seit wann?

seit .....

3. Halten Sie den/die Prüfungsbewerber/in nach beruflichen Fertigkeiten, Kenntnissen, Fähigkeiten  
sowie Persönlichkeit für befähigt, die Prüfung als Medizinische/r Fachangestellte/r abzulegen?

ja                      nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Ärztin/Arzt