

Fragebogen an Auszubildende zur Vorbereitung eines Berufsausbildungsvertrages Medizinische/r Fachangestellte/r

Dieser Fragebogen dient dazu, von Auszubildenden (und ggf. den gesetzlichen Vertretern) die Daten zu erfragen, die für den Abschluss eines Berufsausbildungsvertrages Medizinische/r Fachangestellte/r und die Eintragung in das bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe geführte Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse erforderlich sind.

Persönliche Daten

Nachname: _____

Vorname: _____
(Rufname)

Vorname: _____
(wie im Auswiesidokument)

Geburtsname: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit/en: _____

Anschrift

PLZ/Ort: _____

Straße, Hausnr.: _____

Adresszusatz: _____

Vorbildungen

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:

- ohne Hauptschulabschluss
- Hauptschulabschluss, Erster Schulabschluss
- Realschulabschluss, Erweiterter Erster Schulabschluss (Fachoberschulreife)
- Fachhochschulreife (schulischer Teil)
- Hochschulreife
- Im Ausland erworbener Abschluss, der nicht den angegebenen Abschlüssen zugeordnet werden kann

Gegebenenfalls Berufsvorbereitende Qualifizierungen/berufliche Grundbildung:

- Berufsfachschule ohne vollqualifizierenden Berufsabschluss
(z. B. Nachholen von allgemeinbildenden Schulabschlüssen)
- Berufsvorbereitungsmaßnahme
(BvB nach SGB III und weitere regionale Maßnahmen)
- Betriebliche Qualifizierungsmaßnahme
(z. B. Einstiegsqualifizierung (EQ), Qualifizierungsbaustein, Betriebspraktika)
- Schulisches Berufsgrundschuljahr (BGJ)
- Schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)

Gegebenenfalls vorherige Berufsausbildung/vorheriges Studium:

- Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag mit Abschluss
- Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag ohne Abschluss
- Schulische Berufsausbildung mit Abschluss
- Schulische Berufsausbildung ohne Abschluss
- Studium mit Abschluss
- Studium ohne Abschluss

Erreichbarkeiten

E-Mail: _____
(erforderlich für den Zugang zum ÄKWL-Portal)

Telefon: _____

Gesetzliche Vertreter

Name der Mutter: _____

Anschrift: _____
(wenn abweichend von Azubi)

Name des Vaters: _____

Anschrift: _____
(wenn abweichend von Azubi)

Behinderungen

Haben Sie eine Behinderung, die Auswirkungen auf das Ausbildungsverhältnis hat?

ja nein

Wenn ja, welche? (Sie können auch den Grad der Behinderung und eine Bescheinigung beifügen.)
