

# Ärzt e k a m m e r S a c h s e n – A n h a l t

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## Antrag auf Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg  
Tel. 0391 / 6054-7900  
0391 / 6054-7920

Der Umzuschulende ist verpflichtet, unverzüglich nach Abschluss des Umschulungsvertrages, auf jeden Fall vor Beginn der Ausbildung, die Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse bei der Ärztekammer zu beantragen. Da der Antrag die Grundlage amtlicher Beurkundungen der Ärztekammer bildet, ist es besonders wichtig, dass dieser vollständig und sorgfältig ausgefüllt wird. Sie erleichtern der Kammer so die Bearbeitung des Antrages und ersparen uns Rückfragen.

### Umschüler / Umschülerin

Name, Vorname		Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum   Geburtsort		PLZ   Wohnort	
Staatsangehörigkeit		<b>Geschlecht</b> <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers	
Beginn der Umschulung	Ende der Umschulung	E-Mail-Adresse der/des Umschülerin/Umschülers	
Berufsschule bzw. Bildungsträger		Telefonnummer der/des Umschülerin/Umschülers	

### Schulabschluss

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss                      | <input type="checkbox"/> Berufsfachschule        |
| <input type="checkbox"/> Realschul- oder gleichwertiger Abschluss | <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr |
| <input type="checkbox"/> Hochschulreife/Abitur                    | <input type="checkbox"/> Schulisches BGJ         |

### Ausbildende Ärztin/ausbildender Arzt

Familiennamen, Titel, Vorname	
Praxisanschrift	Betriebsnummer der Ausbildungsstätte  analog Meldung zur Sozialversicherung

### Angaben zur Ausbildungspraxis:

<b>Gesamt der Angestellten</b> (ohne Auszubildende/Umsch.)	
davon: - ausgebildete Arzthelferinnen	
- Medizinische Fachangestellte	
- Krankenschwestern	
- Sprechstundenschwestern	
- Sonstige	
<b>Gesamt der Auszubildenden und Umschüler einschl. Neueintrag</b>	

### Dem Antrag ist beigelegt:

**Nachweis Berufsabschluss des Umschülers  
(Kopie)**

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel der Ausbilderin/des Ausbilders