Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Formular drucken

Antrag
auf Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

Der Ausbildende ist verpflichtet, unverzüglich nach Abschluß des Ausbildungsvertrages, auf jeden Fall vor Beginn der Berufsausbildung, 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 Ihres Antrages und ersparen uns Rückfragen.
Der Antrag kann direkt am PC oder in ausgedruckter Form in Blockschrift ausgefüllt werden.

1. Auszubildender

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ Tel.: _____ Mail: _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Beginn d. Ausbildung _____ Ende d. Ausbildung _____

Berufsschule _____

2. Schulabschluß

- ☐ Hauptschulabschluß
- ☐ Realschule oder gleichw. Abschluß
- ☐ Fachhochschulreife
- ☐ Abitur
- ☐ Abschluß BGJ

Familienstand

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ verwitwet
- ☐ geschieden
- ☐ sonstiges

Geschlecht

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ divers
- ☐ keine Angabe

Verkürzung der Ausbildung oder Fortsetzung einer abgebrochenen Ausbildung
(Unterlagen beifügen)

☐ ja ☐ nein

3. Gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

4. Ausbildender Arzt

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

niedergelassen seit _____ ärztliche Tätigkeit als _____

5. Angaben zur Ausbildungspraxis

	vollbesch.	teilbesch.
Gesamtzahl der Angestellten		
davon Arzthelferinnen		
MTA		
Krankenschwestern		
Sonstige (z.B. Ehefrau)		

Gesamtzahl der Auszubildenden (einschl. Neuantrag) _____

beigefügt sind:

- ☐ Schulzeugnis
- ☐ Bescheinigung der Erstuntersuchung nach JuArbG
- ☐ Unterlagen bei Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit bzw. Anrechnung anderer Ausbildungszeiten

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des ausbildenden Arztes