

Die in diesem Formular verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Meldung der Abschlussprüfungen nach GFBWBGDVO (bitte alle Felder vollständig und leserlich ausfüllen)

Weiterbildungsstätte			
WBS-Nr. <small>(falls bekannt)</small>			
Weiterbildung			
Leiter/in der Weiterbildung <small>(wenn abweichend zu 1.1)</small>			
Start der Weiterbildung		Ende der Weiterbildung	

1 Prüfungsausschuss

1.1 Vorsitzendes Mitglied gem. § 4 (2) Nr. 1 GFBWBG

Frau	Herr	Divers		
Name		Vorname		
Telefon		E-Mailadresse		

Vertreter/in

Frau	Herr	Divers		
Name		Vorname		
Telefon		E-Mailadresse		

1.2 Mindestens 3 an der Weiterbildungsstätte tätige Lehrkräfte gem. § 4 (2) Nr. 3 GFBWBG (ohne Nennung der Stellvertreter/innen)

Name	Vorname	Name	Vorname

1.3 Eine von der Landespflegekammer bestimmte Person gem. § 4 (2) Nr. 2 GFBWBG (wird von der Landespflegekammer ausgefüllt)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers			
Name		Vorname		Mitglieds-Nr.	
Weiterbildungsstätte					
Telefon		E-Mailadresse			

Prüfungsdaten (bitte im Format TT.MM.JJJJ angeben)

Schriftlich (Klausur)			
Bearbeitungszeitraum der Abschlussarbeit		bis	
Praktisch (Zeitraum)		bis	
mündlich			

Liste der Teilnehmenden Pflegefachpersonen

Geschlecht	Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Privatadresse	Arbeitgeber und Arbeitsort
						(wenn Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)
1	w m d					
2	w m d					
3	w m d					
4	w m d					
5	w m d					
6	w m d					
7	w m d					

Geschlecht	Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Privatadresse	Arbeitgeber und Arbeitsort
						(wenn Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)
8	w m d					
9	w m d					
10	w m d					
11	w m d					
12	w m d					
13	w m d					
14	w m d					

Geschlecht	Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Privatadresse	Arbeitgeber und Arbeitsort
						(wenn Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)
15	w m d					
16	w m d					
17	w m d					
18	w m d					
19	w m d					
20	w m d					
21	w m d					

Geschlecht	Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Privatadresse	Arbeitgeber und Arbeitsort
						(wenn Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)
22 w m d						
23 w m d						
24 w m d						
25 w m d						

Ort

Datum

Unterschrift Prüfungsvorsitzende/r

Stempel der Weiterbildungsstätte