

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

Meldung der Abschlussprüfungen nach WBO und Antrag auf Ausstellung der Weiterbildungsurkunden (bitte alle Felder vollständig und leserlich ausfüllen)

Weiterbildungsstätte			
Bitte zutreffendes ankreuzen:			
<input type="checkbox"/> Erstprüfung	<input type="checkbox"/> Nachholprüfung	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung	

1 Prüfungsausschuss

1.1 Vorsitzendes Mitglied gem. § 12 Abs. 3 Ziffer 1 WBO (wird von der Landespflegekammer ausgefüllt)

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

Stellvertretendes vorsitzendes Mitglied (wird von der Landespflegekammer ausgefüllt)

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

1.2 Leiter/in der Weiterbildung gem. § 12 Abs. 3 Ziffer 2 WBO

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

Stellvertreter/in

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

1.3

1.3.1 Prüfer/innen der Weiterbildungsstätte gem. § 12 Abs. 3 Ziffer 3 WBO			
Name	Vorname	Mitglieds-Nr.	E-Mail

Wenn aus der Weiterbildungsstätte weitere Prüfer/innen in den Prüfungsausschuss berufen werden, diese bitte auf einem gesonderten Blatt anfügen.

1.3.2 Vertretungen der unter 1.3.1 genannten Prüfer/innen

Bitte beachten Sie: Für jedes Mitglied ist ein/e Stellvertreter/in zu bestellen nach § 12 Abs. 3 Nr. 5 WBO

Name	Vorname	Mitglieds-Nr.	E-Mail

Wenn aus der Weiterbildungsstätte weitere Prüfer/innen in den Prüfungsausschuss berufen werden, diese bitte auf einem gesonderten Blatt anfügen.

1.4.1 Praxisanleiter/innen der **praktischen Abschlussprüfungen** bei den Fachweiterbildungen (§ 12 Abs. 3 Ziffer 4 WBO)

*Sofern die genannten Praxisanleiter/innen, im Rahmen des Zulassungsprozesses noch nicht gemeldet wurden, ist der Nachweis der Erlaubnis zum Führen der Weiterbildungsbezeichnung „Praxisanleitung“ sowie der entsprechenden Fachweiterbildung einzureichen.

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

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

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

Wenn aus den Einrichtungen weitere Prüfer/innen für die praktischen Prüfungen in den Prüfungsausschuss berufen werden, diese bitte auf einem gesonderten Blatt anfügen.

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

Start der Weiterbildung		bis	
Bearbeitungszeitraum der Abschlussarbeit		bis	
Bei Fachweiterbildungen: Praktisch (Zeitraum) (Ansonsten bitte frei lassen)		bis	
Mündliches Abschlusskolloquium			

Liste der Teilnehmenden Pflegefachpersonen

Meldung der Abschlussprüfungen und Antrag auf Ausstellung der Weiterbildungsurkunde

Geschlecht	Mitglieds-Nr. oder Arbeitgeber und Arbeitsort	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Aktuelle Privatadresse	Unterschrift
1 <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d						
2 <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d						
3 <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d						
4 <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d						
5 <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d						
6 <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d						

(Bitte alle Vornamen angeben!)

	Geschlecht	Mitglieds-Nr. oder Arbeitgeber und Arbeitsort	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Aktuelle Privatadresse	Unterschrift
7	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
8	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
9	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
10	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
11	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
12	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
13	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						

(Bitte alle Vornamen angeben!)

	Geschlecht	Mitglieds-Nr. oder Arbeitgeber und Arbeitsort	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Aktuelle Privatadresse	Unterschrift
14	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
15	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
16	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
17	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
18	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
19	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						

(Bitte alle Vornamen angeben!)

	Geschlecht	Mitglieds-Nr. oder Arbeitgeber und Arbeitsort	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Aktuelle Privatadresse	Unterschrift
20	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
21	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
22	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
23	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
24	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						
25	<input type="checkbox"/> w						
	<input type="checkbox"/> m						
	<input type="checkbox"/> d						



(Bitte alle Vornamen angeben!)

- Hiermit bescheinige ich, dass in unserer Weiterbildungsstätte alle erforderlichen Unterlagen der Teilnehmenden, die zur Aufnahme der Weiterbildung berechtigen, bei den o.g. Teilnehmenden vorliegen:
- Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 bis 7 HeilBG),
 - Nachweis von mindestens einem Jahr Berufstätigkeit in dem erlernten Beruf (§ 3 Abs. 2 WBO) oder einen vorliegenden, positiven Bescheid der Landespflegekammer RLP zur vorzeitigen Zulassung,
 - Nachweis der unter Anlage I der WBO genannten Zulassungsvoraussetzungen.

Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmenden vier Wochen vor Beginn der ersten Prüfung über die Prüfungstermine sowie die erfolgte Zulassung durch die Weiterbildungsstätte **schriftlich** benachrichtigt werden müssen (vgl. § 13 Abs. 2 Ziffern 1, 2 & 4 WBO).

Bitte teilen Sie uns im Nachgang per E-Mail an info.bildung@pflegekammer-rlp.de mit, ob alle gemeldeten Weiterbildungsteilnehmenden zur Abschlussprüfung zugelassen wurden bzw. wer nicht zur Abschlussprüfung zugelassen werden konnte. Sofern das Abschlusskolloquium mehrere Tage umfasst, benötigen wir eine Auflistung der Teilnehmenden pro Prüfungstag, damit die Weiterbildungsurkunden mit dem Datum der mündlichen Abschlussprüfung vorbereitet werden können. Die Information benötigen wir spätestens vier Wochen vor dem Abschlusskolloquium.

Bei Nicht-Mitgliedern, die in anderen Bundesländern als Pflegefachpersonen arbeiten und in RLP eine Weiterbildung absolvieren, bitten wir um Zusendung der beglaubigten Kopie der Berufsurkunde sowie eine aktuelle Arbeitgeberbescheinigung per E-Mail an info.bildung@pflegekammer-rlp.de. Uns reicht eine einseitige Arbeitgeberbescheinigung mit Angabe der/des Weiterbildungsteilnehmende/n und die entsprechende Position beim Arbeitgeber aus. Bei unseren Mitgliedern liegen diese Nachweise bereits vor.

		<hr/>	<hr/>
Ort	Datum	Unterschrift Leiter/in der Weiterbildung	Stempel der Weiterbildungsstätte