

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

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

Wichtig: Bei Nachholprüfungen tritt der/die Prüfungsteilnehmende/r (z. B. aufgrund Krankheit) von der Abschlussprüfung zurück. Es fallen keine zusätzlichen Prüfungsgebühren hierfür an.

<b>Weiterbildungsstätte</b>			
<b>WBS-Nr.</b> <small>(falls bekannt)</small>			
<b>Weiterbildungsbezeichnung</b>			
<b>Leiter/in der Weiterbildung</b> <small>(wenn abweichend zu 1.1)</small>			
<b>Schriftliche Erstprüfung</b>		<b>Mündliche Erstprüfung</b>	
<b>Schriftliche Nachholprüfung</b> <small>(sofern notwendig)</small>		<b>Mündliche Nachholprüfung</b> <small>(sofern notwendig)</small>	

<b>Zusätzlich bei Fachweiterbildungen (Ansonsten bitte frei lassen)</b>			
<b>Praktische Erstprüfung</b>		<b>Praktische Nachholprüfung</b>	

## 1. Prüfungsausschuss

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

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers		
<b>Name</b>		<b>Vorname</b>		
<b>Telefon</b>		<b>E-Mailadresse</b>		

### Vertreter/in

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers		
<b>Name</b>		<b>Vorname</b>		
<b>Telefon</b>		<b>E-Mailadresse</b>		

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			
<b>Name</b>		<b>Vorname</b>		<b>Mitglieds-Nr.</b>	
<b>Weiterbildungsstätte</b>					
<b>Telefon</b>		<b>E-Mailadresse</b>			

## Liste der Teilnehmenden Pflegefachpersonen

Geschlecht	Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Privatadresse	Arbeitgeber und Arbeitsort <small>(wenn Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)</small>
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						

Geschlecht	Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ) & Geburtsort (ggf. Land)	Privatadresse	Arbeitgeber und Arbeitsort (wenn Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)
6	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d					
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					

--	--

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfungsvorsitzende/r

\_\_\_\_\_  
Stempel der Weiterbildungsstätte