

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

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

Wichtig: Bei Wiederholungsprüfungen wird eine nicht bestandene Prüfung wiederholt. Zusätzlich fallen ebenfalls Prüfungsgebühren hierfür an.

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

Zusätzlich bei Fachweiterbildungen (Ansonsten bitte frei lassen)			
Praktische Erstprüfung		Praktische Wiederholungsprüfung	

1. Prüfungsausschuss

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

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

Vertreter/in

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> 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			

Liste der Teilnehmenden Pflegefachpersonen

Geschlecht		Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	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 <small>(wenn Mitglieds-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)</small>
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