

Meldung der Nachholprüfungen gem. 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.

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

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

1. Prüfungsausschuss

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

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

Vertreter

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

Mindestens 3 an der Weiterbildungsstätte tätige Lehrkräfte gem. § 4 (2) Nr. 3 GFBWBG

Name	Vorname	Name	Vorname

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	Titel			
Name			Vorname		
Weiterbildungsstätte					
Telefon			E-Mailadresse		
			Mitglieds-Nr.		

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

		Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Privatadresse	Name und Anschrift des Arbeitgebers <small>(wenn Mitglied-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)</small>
1	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
2	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
3	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
4	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
5	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						

6	<input type="checkbox"/> Frau					
	<input type="checkbox"/> Herr					
7	<input type="checkbox"/> Frau					
	<input type="checkbox"/> Herr					
8	<input type="checkbox"/> Frau					
	<input type="checkbox"/> Herr					
9	<input type="checkbox"/> Frau					
	<input type="checkbox"/> Herr					
10	<input type="checkbox"/> Frau					
	<input type="checkbox"/> Herr					

--	--

Ort

Datum

Unterschrift Prüfungsvorsitzende/r

Stempel der Weiterbildungsstätte