

# Meldung der Wiederholungsprüfungen gem. GFBWGDVO (bitte alle Felder vollständig und leserlich ausfüllen)

**Wichtig:** Bei Wiederholungsprüfungen wird eine nicht bestandene Prüfung wiederholt. Zusätzlich fallen ebenfalls 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 Wiederholungsprüfung</b> <small>(sofern notwendig)</small>		<b>Mündliche Wiederholungsprüfung</b> <small>(sofern notwendig)</small>	

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

## 1. Prüfungsausschuss

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

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

### Vertreter

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

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

## 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