

Per Post zurück an:

Bezirkszahnärztekammer Trier  
Loebstr. 18

D-54292 Trier

**Anmeldeschluss ist am 08.11.2021!**

Wir weisen ausdrücklich darauf hin,  
dass **verspätet** oder **unvollständig**  
eingereichte Anmeldungen **nicht**  
**berücksichtigt werden können und**  
**die Teilnahme an der Prüfung dann**  
**ausgeschlossen ist!**

## Anmeldung

zur Wiederholung der Abschlussprüfung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten

**am 16. und 17. November 2021**

**Ich melde meine(n) Auszubildende(n)**

Herrn / Frau .....  
geb. am: ..... in.....

Stempel der Praxis

Privatanschrift/Telefon: .....

Bei Änderung der Privatanschrift bis zum Prüfungsende werden wir die Kammer unverzüglich benachrichtigen.

Beginn der Ausbildung am: .....  
eingetragen in die Ausbildungsrolle der BZK Trier unter Nr. ....

**zur Wiederholung der Abschlussprüfung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten an.**

Mit der Unterschrift stimmt der/die Auszubildende der Prüfungsanmeldung zu.

**Der Anmeldung sind folgende Unterlagen beizufügen:**

1. alle erteilten Zeugnisse (Kopien) der zuständigen Berufsschule
2. die Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung
3. der von dem/der Auszubildenden bearbeitete und unterschriebene sowie von dem/der Auszubildenden gegengezeichnete betriebliche Ausbildungsnachweis
4. das von dem/der Auszubildenden erarbeitete sowie bis zur Einreichung geführte und von dem/der Auszubildenden unterschriebene Wochenberichtsheft - bitte im Schnellhefter einreichen (keine Ordner)
5. Nachweis des/der Ausbilder(in)s über 10 Stunden Ausbildung und Unterrichtung in Röntgen und Strahlenschutz (**siehe Rückseite**)
6. ggf. Nachweis über eine dreimonatige Ausbildungsmaßnahme außerhalb der Ausbildungsstätte

**Sollten die Unterlagen nicht vollständig und fristgemäß eingereicht werden, ist eine Teilnahme an der Prüfung ausgeschlossen. Bitte beachten Sie also unbedingt die Vollständigkeit der Unterlagen!**

.....  
Ort, Datum

.....  
Praxisstempel, Unterschrift des/der Auszubildenden

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Auszubildenden

**bitte wenden**

# B e s c h e i n i g u n g

für die Prüfung in Röntgen und Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung nach Anlage 8 der Richtlinien über den Erwerb der Fachkunde und der Kenntnisse im Strahlenschutz

Auszubildende(r) .....  
(Name, Vorname des/der Auszubildenden)

Hiermit wird der erforderliche Nachweis über 10 Stunden Ausbildung und Unterrichtung in Röntgen und Strahlenschutz während der Ausbildung bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Praxisstempel, Unterschrift des/der Auszubildenden

---

# B e s c h e i n i g u n g

nur für Ausbildungsstätten, an denen der Ausbildungsrahmenplan nicht vollständig vermittelt werden kann, z.B. in kieferorthopädischen Praxen, Bundeswehreinrichtungen etc.

Es wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_, in meiner/  
(Name, Vorname des/der Auszubildenden)

unserer Praxis in folgendem Zeitraum / an folgenden Terminen die externe Ausbildung absolviert hat:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Praxisstempel, Unterschrift des/der externen Auszubildenden

## von dem/der Ausbildenden auszufüllen

Für die Teilnahme des/der Auszubildenden an der Wiederholungsprüfung wird eine Gebühr von € 60,-- erhoben. Diese wird zwei Wochen vor dem Termin der schriftlichen Prüfung eingezogen oder ist bis spätestens zu diesem Termin zu überweisen. Bitte beachten Sie die jeweilige Frist!

- Ich (der / die Ausbildende) bin mit der Begleichung der Gebühr für die Wiederholungsprüfung meines/r umseitig genannten Auszubildenden durch Einzug zu Lasten meines Bankkontos einverstanden (nur möglich, wenn der BZK Trier ein Lastschriftmandat vorliegt).
- Die Gebühr für die Wiederholungsprüfung meines/r Auszubildenden werde ich **bis spätestens zwei Wochen** vor der Prüfung auf das Konto der Bezirkszahnärztekammer Trier bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, IBAN DE52 3006 0601 0001 5198 91, BIC DAAEDEDXXX, überweisen.

---

Ort, Datum

---

Praxisstempel, Unterschrift des/der Ausbildenden