

Per Post zurück an:

Bezirkszahnärztekammer Trier  
Loebstr. 18

D-54292 Trier

**Anmeldeschluss ist am 06.10.2023!**

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 Abschlussprüfung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten

**am 07. und 08. November 2023**

**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 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