

Ergänzende Pflichtangaben zum Umschulungsverhältnis			
1. Angaben zur/zum Umschüler:in			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
2. Angaben zur Umschulungsstätte			
Name der Einrichtung			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Fachrichtung			
Verantwortliche:r Ärzt:in			
3. Zeitraum der fachpraktischen Umschulung in der Kooperationsstätte			
Beginn			
Ende			
4. Angaben zur Anzahl der in der Umschulungsstätte tätigen Personen			
Anzahl Auszubildende			
Anzahl Umschüler:innen (einschließlich Neueinstellung)			
Sonstige (z. B. Praktikant:innen)			
Medizinisches Personal / Assistenzpersonal	Anzahl Vollzeit	Anzahl Teilzeit	Summe Stunden
Ärzt:innen			
Arzthelfer:innen, Medizinische Fachangestellte			
Gesundheits-/Kinder-/Krankenpfleger:innen			
Sonstige (bitte benennen):			
Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.			
<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Stempel der Umschulungsstätte</p> </div>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum		
	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Akad. Grad / Name / Vorname / Unterschrift verantwortliche:r Arzt:in		