

Landeszahnärztekammer  
Ressort Ausbildung  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

**Anmeldung zur Abschlussprüfung  
zur/ zum Zahnmedizinischen Fachangestellten**

Sommer 20.....

Winter 20.....

Prüfungsteilnehmer/in:  
(Name, Vorname)

.....

Geburtsdatum:

.....

Geburtsort:

.....

Registrier-Nr. des Ausbildungsvertrages

.....

Berufsschulzentrum:

.....

Ausbildungspraxis:

.....

**Prüfungsart:**

**Reguläre Prüfung**

**1. Wiederholungsprüfung**

**2. Wiederholungsprüfung**

**Vorzeitige Prüfung**

Eingereichte Antragsunterlagen:

-Leistungsbeurteilung des Ausbilders/ der  
Ausbilderin

-letztes Zeugnis der Berufsschule

-sonstige Leistungsnachweise

Die in der Verordnung über Berufsausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vom  
16.März 2022 ausgewiesenen Ausbildungsinhalte wurden vollständig vermittelt.

-----  
Unterschrift des Ausbilders/ Praxisstempel

-----  
Unterschrift des Auszubildenden