

<b>Ergänzende Pflichtangaben zum Umschulungsverhältnis</b>			
<b>1. Angaben zur/zum Umschüler:in</b>			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
<b>2. Angaben zur Umschulungsstätte</b>			
Name der Einrichtung			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Fachrichtung			
Verantwortliche:r Ärzt:in			
<b>3. Zeitraum der fachpraktischen Umschulung in der Kooperationsstätte</b>			
Beginn			
Ende			
<b>4. Angaben zur Anzahl der in der Umschulungsstätte tätigen Personen</b>			
Anzahl <b>Auszubildende</b>			
Anzahl <b>Umschüler:innen</b> (einschließlich Neueinstellung)			
<b>Sonstige</b> (z. B. Praktikant:innen)			
<b>Medizinisches Personal / Assistenzpersonal</b>	<b>Anzahl Vollzeit</b>	<b>Anzahl Teilzeit</b>	<b>Summe Stunden</b>
Ärzt:innen			
Arzthelfer:innen, Medizinische Fachangestellte			
Gesundheits-/Kinder- /Krankenpfleger:innen			
Sonstige (bitte benennen):			
<b>Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.</b>			
<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		