



Eingangsstempel

--

Bitte jedes Feld sorgfältig in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

## Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung nach gültiger Fortbildungs- und Prüfungsordnung

Hinweis: Verwenden Sie diesen Vordruck ausschließlich für den Zulassungsantrag zur Abschlussprüfung. Der ausgefüllte Prüfantrag inklusive aller erforderlichen Anlagen (= die Hausarbeit, Kompetenz- und Teilnahmebescheinigungen aller 8 Module in Kopieform, die Praktikumsbescheinigung) sind auf postalischem Wege an das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e. V. zu übersenden.

Alle Dokumente müssen dem IhF spätestens 3 Wochen vor Prüftermin vorliegen!

### 1. Antragsteller

Familienname, Geburtsname (wenn abweichend)		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Wohnanschrift, Straße und Hausnummer			
PLZ und Ort		Bundesland	
Telefon (tagsüber erreichbar):		E-Mail	
Welchen Berufsabschluss haben Sie?		Abschlussjahr	
Wurde eine berufliche Aufstiegsfortbildung absolviert? Wenn ja, welche?			

### 2. Angaben zum Arbeitsplatz

Name des Arbeitgebers			
Praxisanschrift		PLZ und Ort	
Telefon		Fax	

Bitte wenden!

### 3. Fortbildungsplan

Tabellarischer Modulablauf:

von / bis	Bezeichnung des Moduls	Bitte freihalten

Angaben zur Hausarbeit (Mit welchen Modulen wird sich befasst, bitte ankreuzen)

Case Management	<input type="checkbox"/>	Notfallmanagement	<input type="checkbox"/>
Praxismanagement	<input type="checkbox"/>	Besuchmanagement	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsmanagement	<input type="checkbox"/>	Wundmanagement	<input type="checkbox"/>
Präventionsmanagement	<input type="checkbox"/>	Technikmanagement	<input type="checkbox"/>

### 4. Anlagen

Damit Ihr Prüfantrag schnellstmöglich bearbeitet werden kann, bitten wir Sie nochmals zu kontrollieren ob folgende Unterlagen diesem Antrag beigefügt sind:

- Kopie der Teilnahme- und Kompetenzbescheinigung aller 8 Module
- 3-fache Ausführung der Hausarbeit
- Kopie aller Praktikumsbescheinigungen (insgesamt müssen 40 UE absolviert sein)

### 5. Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, soweit sie für eine sachgerechte Prüfungsverwaltung erforderlich sind, beim Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) e. V. in Köln, im Verfahren der automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden.

Hiermit erkläre ich mich außerdem damit einverstanden, dass meine Unterlagen an das für mich zuständige Prüfungsgremium weitergeleitet werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Prüflings