



An
Bezirkszahnärztekammer Pfalz
Donnersbergweg 2
67059 Ludwigshafen

Telefon (06 21) 59 29 825-0
Telefax (06 21) 59 29 825-1 55
E-Mail bzk@bzk-pfalz.de
www.bzk-pfalz.de

ANMELDUNG

zu

Teil 2 der gestreckten Abschlussprüfung
ZAHNMEDIZINISCHE/R FACHANGESTELLTE/R
Sommer 2026 in

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaiserslautern | <input type="checkbox"/> Ludwigshafen |
| <input type="checkbox"/> Neustadt | <input type="checkbox"/> Rodalben |

PRÜFUNGSBEWERBER

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Nachname:

Geburtsname:

Vorname:

PLZ / Wohnort:

Straße:

Tel.-Nr.:

Geb. Datum:

Geburtsort:

Hat sich der Prüfungsbewerber schon einmal einer Abschlussprüfung unterzogen?

Wenn ja, wann und wo?

ABGABETERMIN: 06.02.2026



AUSZUBILDENDE/R

Hiermit melde ich mich zur Teilnahme am 2. Teil der gestreckten Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten im **Sommer 2026** an.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Auszubildende/r

AUSBILDER

Hiermit bestätige ich, dass ich von meiner/meinem umseitig benannten Auszubildenden über die Anmeldung zur Teilnahme am 2. Teil der gestreckten Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten im **Sommer 2026** unterrichtet wurde.

Die Prüfungsgebühr in Höhe von 100,00 € werde ich nach Erhalt der Rechnung an die Bezirkszahnärztekammer Pfalz überweisen.

(Die Rechnungslegung erfolgt nach der Teilnahme am schriftlichen Prüfungsteil.)

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift des Ausbilders

MELDUNG DER FEHLZEITEN

Gemäß § 8 Abs. 2 der Prüfungsordnung sowie § 43 Abs. 1 BBiG kann die Zulassung zur Prüfung nur erfolgen, wenn die erforderliche Ausbildungszeit zurückgelegt wurde – wir nehmen Bezug auf die geltende Fehlzeitenregelung. *(10 % entsprechen 75 Tagen)*

Die Fehlzeiten (sei es entschuldigt oder unentschuldigt) in meiner Praxis sowie der Berufsschule meiner/s Auszubildenden

betragen **weniger als 10 %**.

betragen **mehr als 10 %**. Eine Zusammenstellung der Fehltageliste ist beigelegt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift des Ausbilders

FOLGENDE UNTERLAGEN SIND DER ANMELDUNG BEIZUFÜGEN

- Nachweis des Ausbilders über die praktische Ausbildung und Unterrichtung im Röntgen- und Strahlenschutz *(Seite 3 der Anmeldeunterlagen)*
- Bestätigung über die Teilnahme an der GAP-1 *(Seite 3 der Anmeldeunterlagen)*
- Tabellarischer Lebenslauf **(ohne Bild)**
- Das letzte Berufsschulzeugnis **(bitte in Kopie beifügen)**
- Nachweis über allgemein-praktische Tätigkeit *(nur bei Ausbildung in ausschließlich kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Praxen sowie Einrichtungen in Kliniken und bei der Bundeswehr)*
- Betrieblicher Ausbildungsnachweis
 - Klassisches Berichtsheft **(mit Unterschriften der/des Auszubildenden und des Ausbilders)**
 - oder
 - PDF-Dateien des Online-Berichtshefts mit Anlagen **(per Mailfunktion direkt über BLOK)**

.....
ABGABETERMIN: 06.02.2026

Nachweis über die praktische Ausbildung und Unterrichtung im Röntgen- und Strahlenschutz

Für die Prüfung im Röntgen- und Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung nach Anlage 8 der Richtlinie über den Erwerb der Fachkunde und der Kenntnisse im Strahlenschutz

Hiermit bestätige ich, dass mein/e Auszubildende/r

.....
(Name, Vorname)

mindestens 10 Stunden während der Ausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten in meiner Zahnarztpraxis

über die Lehrinhalte bzw. Themen

Strahlenschutz der Patienten und Mitarbeiter
Befragung und Aufzeichnungspflichten
Röntgenfilm, Film-Folienkombination
Filmverarbeitung
intra- und extraorale Aufnahmetechniken

unterrichtet wurde.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel

.....
Unterschrift des Ausbilders

Bestätigung über die Teilnahme an Teil 1 der gestreckten Abschlussprüfung

Hiermit bestätigen wir, dass der Teil 1 der gestreckten Abschlussprüfung (GAP-1) im

Frühjahr/Sommer 2025
oder

.....
absolviert wurde.

.....
(Datum)

.....
Unterschrift Auszubildende

.....
Stempel und Unterschrift
Ausbilder