

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](mailto:bzk@bzk-pfalz.de)  
[www.bzk-pfalz.de](http://www.bzk-pfalz.de)

## ANMELDUNG

zu

**Teil 1 der gestreckten Abschlussprüfung**  
**ZAHNMEDIZINISCHE/R FACHANGESTELLTE/R**  
**Frühjahr 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: 15.01.2026**



## AUSZUBILDENDE/R

Hiermit melde ich mich zum 1. Teil der gestreckten Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten im **Frühjahr 2026** an.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Auszubildende/r

## AUSBILDER

Hiermit bestätige ich, dass ich von meiner/meinem umseitig benannten Auszubildenden über die Anmeldung zum 1. Teil der gestreckten Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten im **Frühjahr 2026** unterrichtet wurde.

Die Prüfungsgebühr in Höhe von 50,00 € 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

## FEHLZEITENREGELUNG

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 Fehltage ist beigefügt.*

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift des Ausbilders

## FOLGENDE UNTERLAGEN SIND DER ANMELDUNG BEIZUFÜGEN

Lebenslauf

Bestätigung des Ausbilders über den ordnungsgemäß geführten betrieblichen Ausbildungsnachweis (Berichtsheft).

Mitteilung Ihres Auszubildenden, wenn Ihre Fehlzeiten während der Ausbildungszeit (in Praxis und Berufsschule) über 10 % betragen haben.

Bei Fehlen der hier angeforderten Unterlagen ist ein wichtiger Grund anzugeben:

.....

.....

**ABGABETERMIN: 15.01.2026**

# BESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich, dass mein/e Auszubildende/r

---

den betrieblichen Ausbildungsnachweis bis zum heutigen Datum regelmäßig und vollständig geführt hat.

Alle Wochenberichte sind ausgefüllt und unterschrieben und alle Fragen dem Ausbildungsstand entsprechend beantwortet.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift

**Hinweis:**

Auf die Vorlage aller Ausbildungsnachweise wird beim ersten Teil der gestreckten Abschlussprüfung aus verwaltungstechnischen Gründen verzichtet.

Einzelne Berichtshefte werden jedoch zur Stichprobenprüfung nach der Anmeldefrist angefordert.