

Bayerische Landesärztekammer  
Abteilung MedAss  
Mühlbaurstr. 16  
81677 München

### Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit

Die Verkürzung der Ausbildungszeit für das zwischen

der/dem Auszubildenden \_\_\_\_\_

und dem Ausbildungsbetrieb (**Bitte unbedingt BNR angeben!**) BNR: \_\_\_\_\_

geschlossene Ausbildungsverhältnis vom \_\_\_\_\_, wird im beidseitigem Einvernehmen beantragt.  
Die Ausbildungszeit soll um \_\_\_\_\_ Monate gekürzt werden.

- aufgrund guter schulischer Leistungen im Jahreszeugnis der Berufsschule (jeweils mind. die Note 2 in den Fächern Behandlungsassistent, Betriebsorganisations- u. Verwaltungsprozesse und Wirtschafts- u. Sozialkunde) kann eine Verkürzung von 6 Monaten vorgenommen werden (**bitte Kopie Jahreszeugnis beifügen**)
- bei Auszubildenden mit Hochschul- bzw. Fachhochschulreife kann eine Verkürzung von 6 Monaten vorgenommen werden, bei gleichzeitigem Alter über 21 Jahren kann eine Verkürzung von bis zu 12 Monaten vorgenommen werden (**bitte Kopie Prüfungszeugnis beifügen**)
- bei einer dreijährig abgeschlossenen Berufsausbildung in einem anerkannten Fachberuf des Gesundheitswesens (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Diätassistent/in usw.) kann eine Verkürzung von bis zu 12 Monaten vorgenommen werden (**bitte Kopie Prüfungszeugnis beifügen**)
- bei einer abgeschlossenen anerkannten dreijährigen Berufsausbildung (z. B. IHK, HWK) **und** einem Alter über 21 Jahren kann eine Verkürzung von bis zu 12 Monaten vorgenommen werden (**bitte Kopie Prüfungszeugnis beifügen**)
- wurde in einem anerkannten Fachberuf des Gesundheitswesens mind. das 1. Ausbildungsjahr vollendet, so ist eine Verkürzung von 6 Monaten möglich (**bitte Kopie Jahreszeugnis beifügen**)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Ausbildenden & Stempel des Ausbildungsbetriebes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Den Original Antrag und die Kopien der Nachweise schicken Sie bitte an die Bayerische Landesärztekammer, Abteilung MedAss, Mühlbaurstraße 16 81677 München