

Rücktritt von der Abschlussprüfung einer (Fach-) Weiterbildung gem. § 17 WBO

Daten zu prüfenden Person (Bitte füllen Sie das Formular digital aus.)

Mitgliedsnummer Pflegekammer NRW	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Anrede
Name	
Vorname(n)	
Geburtsname (falls abweichend)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Name Weiterbildungsstätte	
Weiterbildung	<input type="checkbox"/> Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie <input type="checkbox"/> Pädiatrische Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie <input type="checkbox"/> Psychische Gesundheit <input type="checkbox"/> Pflege im Operationsdienst <input type="checkbox"/> Hygiene und Infektionsprävention <input type="checkbox"/> Geriatrische und Gerontopsychiatrische Pflege

- Ärztliche Bescheinigung liegt vor.
- Andere Begründungen:

- Der Rücktritt wird genehmigt. Der Rücktritt wird **nicht** genehmigt.

Ort, Datum Unterschrift Prüfungsausschussvorsitz

Das ausgefüllte Formular unterschrieben an bildung@pflegekammer-nrw.de, Betreff Prüfung