



# Abschlussprüfung Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen

## Wahl des Tätigkeitsschwerpunktes

Prüfungsteilnehmer/in: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname leserlich in Druckbuchstaben

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Aufstellung Ihren betrieblichen Ausbildungsschwerpunkt – bzw. bei Umschülern: Schwerpunkt des Praktikumsbetriebes an. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben verbindlich sind und nach erfolgter Prüfungsanmeldung nicht mehr verändert werden können. Die Angaben sind ausschlaggebend für die Aufgabenerstellung des Fallbezogenen Fachgespräches durch Ihren zugewiesenen Prüfungsausschuss.

	Berufsfeld
<input type="checkbox"/>	Krankenhäuser und/oder andere stationäre Einrichtungen
<input type="checkbox"/>	Ambulante und/oder mobile Pflegedienste
<input type="checkbox"/>	Pflege- oder Seniorenheime
<input type="checkbox"/>	Sonstige Einrichtungen, z. B. Arztpraxen
<input type="checkbox"/>	Krankenkassen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift