

Anlage zur Anmeldung Abschlussprüfung Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen

Name der/des Auszubildenden: _____

Ausbildungsbetrieb: _____

ggf. Praktikumsbetrieb(e): _____

(inkl. Dauer des Praktikums): _____

Bitte kreuzen Sie insgesamt 3 Ausbildungsschwerpunkte in den nachfolgenden Auswahllisten an. Es muss mind. ein einrichtungsbezogener Schwerpunkt angekreuzt werden. Die gewählten Schwerpunkte, sowie die Skizzierung Ihrer Aufgabenbereiche, bilden die Grundlage für den Prüfungsbereich Fallbezogenes Fachgespräch. Wir weisen darauf hin, dass trotz dieser Angaben alle Ausbildungsinhalte Bestandteil der Prüfung sein können.

| Einrichtungsbezogene Schwerpunkte | | | | |
|-----------------------------------|--------|------|--------------|--|
| Krankenhaus | Pflege | Reha | Krankenkasse | Ambulante Versorgung (inkl. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| Tätigkeitsbezogene/Abteilungsbezogene Schwerpunkte | | | | |
|--|----------------------|---|--------------------|---------------------|
| Geschäfts- und Leistungsprozesse (u. a. Beschaffung) | Marketing u. Verkauf | Kaufm. Steuerung u. Kontrolle (u. a. Finanzbuchhaltung) | Personalwirtschaft | Qualitätsmanagement |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Skizzieren Sie kurz Ihre Aufgabenbereiche, in den gewählten Einrichtungen/Abteilungen:

Ort, Datum

Unterschrift Prüfungsteilnehmer/-in