

**Muster Modulprüfung**  
**Weiterbildung Intermediate Care Pflege**  
gemäß § 10 und § 18 der DKG-Empfehlung vom 26.11.2016

**Modul**  
(Codierung)

Titel einfügen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Kurs:

Modulprüfung am:

Prüfungsform:

Prüfungsnote:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Der/Die Weiterbildungsteilnehmer/in hat die Modulprüfung des Moduls xx bestanden.  |
| <input type="checkbox"/> | Der/Die Weiterbildungsteilnehmer/in hat die Modulprüfung des Moduls xx nicht bestanden. Eine Wiederholung ist möglich.                       |
| <input type="checkbox"/> | Der/Die Weiterbildungsteilnehmer/in hat die Wiederholungsprüfung des Moduls xx nicht bestanden. Eine weitere Wiederholung ist nicht möglich. |

---

**Kursleitung/Leitung der Weiterbildung**

---

**Ort, Datum**