

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