

**Muster Modulprüfung**  
**Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege**  
gemäß § 12 und § 20 der DKG-Empfehlung vom 14.03./15.03.2022

**Modul** | Titel einfügen  
(Codierung)

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 Fachweiterbildung**

---

**Ort, Datum**