Muster Modulprüfung

Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege

gemäß § 12 und § 20 der DKG-Empfehlung vom 03.07./04.07.2023

|  |  |
| --- | --- |
| **Modul**  *(Codierung)* | Titel einfügen |

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Kurs: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Modulprüfung am: |  |
|  |  |
| Prüfungsform: |  |
|  |  |
| Prüfungsnote: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Der/Die Weiterbildungsteilnehmer/in hat die Modulprüfung des Moduls xx bestanden. |
|  | Der/Die Weiterbildungsteilnehmer/in hat die Modulprüfung des Moduls xx nicht bestanden. Eine Wiederholung ist möglich |
|  | Der/Die Weiterbildungsteilnehmer/in hat die Wiederholungsprüfung des Moduls xx nicht bestanden. Eine weitere Wiederholung ist nicht möglich. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kursleitung/Leitung der Fachweiterbildung**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**