Anmeldung zur Berufsprüfung II/2024 – 26. und 27. November 2024

# Medizinische Praxiskoordinatorin / Medizinischer Praxiskoordinator

Formular ausfüllen, am Schluss per Mail an [info@odamed.ch](mailto:info@odamed.ch) absenden und gleichzeitig ausdrucken, Ausdruck unterzeichnen und samt Beilagen (keine Originale) eingeschriebener per Post einsenden an:

OdA Berufsbildung - odamed  
Hinterbergweg 6  
4153 Reinach

**Anmeldefrist: 25. März 2024**

Bitte Beilagen nummerieren und Nummern unten eintragen. Für die Fristeinhaltung gilt der Poststempel des Dossiers, der Maileinsand hat keine fristwahrende Wirkung.

|  |  |
| --- | --- |
| Fachrichtung: | Prüfungssprache: |
| Wählen Sie ein Element aus.   2. Fachrichtung | Wählen Sie ein Element aus. |
| Repetentin: | Letzte Prüfung (Datum): |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |

## Angaben zur Person

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname \* |  |
| Vorname \* |  |
| Geburtsdatum |  |
| AHV-Nummer |  |
| Heimatort mit Kanton/Staat |  |
| Strasse, Hausnummer |  |
| PLZ / Ort, Kanton |  |
| Telefonnummer |  |
| E-Mail-Adresse |  |

\* Kopie Pass oder Identitätskarte beilegen mit Foto.

## Berufliche Vorbildung und Tätigkeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Beilagen-Nr. |
| Berufsabschluss 1 \* |  |  |
| Datum, Schule \*\* |  |  |
| Berufsabschluss 2 \* |  |  |
| Datum, Schule \*\* |  |  |
| Berufsabschluss 3 \* |  |  |
| Datum, Schule \*\* |  |  |
| Berufsabschluss 4 \* |  |  |
| Datum, Schule \*\* |  |  |
| Berufsabschluss 5 \* |  |  |
| Datum, Schule \*\* |  |  |
| Praktische Berufstätigkeit \*\*\* |  |  |

\* Anzugeben sind in chronologischer Reihenfolge Abschlüsse der beruflichen Grundbildung (Berufslehre), gymnasiale Maturität, Berufsmaturität, Diplommittelschule, Abschlüsse Höhere Fachschule, Berufsprüfungen und Höhere Fachprüfungen, Fachhochschul- und universitäre Abschlüsse, Nachdiplomabschlüsse aller Stufen.

\*\* Datum des Abschlusses, Bildungsinstitution. Kopien der Abschlüsse sind einzureichen.

\*\*\* Beizulegen ist ein CV über die praktische berufliche Tätigkeit mit den entsprechenden Arbeitszeugnissen.

## BerufsbildnerInnen-Qualifikation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Beilagen-Nr. |
| Kursdatum, Anbieter \* |  |  |

\* Kopie Kursausweis beilegen

## Besuchte Module für die Berufsprüfung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Beilagen-Nr. |
| CCM 1 \* |  |  |
| CCM 2 \* |  |  |
| Qualitätsmanagement \* |  |  |
| Diabetes \* |  |  |
| Rheuma \* |  |  |
| Atemwegserkrankung \* |  |  |
| Koronare Herzkrankheit \* |  |  |
| Hirnleistungsschwäche \* |  |  |
| Wundbehandlung \* |  |  |
| Dosisintensives Röntgen \* |  |  |
| Praxismanagement \* |  |  |
| Personalführung \* |  |  |
| Rechnungswesen \* |  |  |
| EDV-Kompetenzen \* |  |  |
| Medizinprodukte \* |  |  |

\* Angabe des Datums des Modulzertifikats Anbieter. Beilage der Kopien der Modulzertifikate.

## Gleichwertigkeitsbescheinigungen, Refresher

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Beilagen-Nr. |
| CCM 1 \* |  |  |
| CCM 2 \* |  |  |
| Qualitätsmanagement \* |  |  |
| Diabetes \* |  |  |
| Rheuma \* |  |  |
| Atemwegserkrankung \* |  |  |
| Koronare Herzkrankheit \* |  |  |
| Hirnleistungsschwäche \* |  |  |
| Wundbehandlung \* |  |  |
| Dosisintensives Röntgen \* |  |  |
| Praxismanagement \* |  |  |
| Personalführung \* |  |  |
| Rechnungswesen \* |  |  |
| EDV-Kompetenzen \* |  |  |
| Medizinprodukte \* |  |  |

\* Datum der Gleichwertigkeitsbescheinigung der OdA Berufsbildung MPA, Datum und Anbieter des   
Refresherkurses bzw. einer nachträglichen Modulprüfung. Beilage der Kopien der Bescheinigungen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum** |  |
| **Unterschrift** |  |