

**Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung in der Fachrichtung
Physiotherapie**

Name _____ Vorname _____ Telefon _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____ Nr. _____

Ausbildungszeitraum von _____ Ausbildungszeitraum bis _____

Schule _____

Ausbildungsverlängerung ja bis wann _____
 nein

Ich bitte um Zulassung zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung für die

schriftliche Prüfung

- Fächergruppe I
- Fächergruppe II
- Fächergruppe III
- Fächergruppe IV

mündliche Prüfung

- Anatomie
- Physiologie
- Spezielle Krankheitslehre

praktische Prüfung

- Fächergruppe I
- Fächergruppe II
- Fächergruppe III

Dem Antrag füge ich die Bestätigung über die Ableistung der festgelegten praktischen Ausbildung (Formular) im Original bei.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers