

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
Friedrich-Engels-Platz 5 - 8  
18055 Rostock

## Antrag auf Rücktritt/ Versäumnis von der staatlichen Prüfung

<b>Name, Vorname</b>		
<b>Aktuelle Meldeadresse</b>	<i>Straße/ Nr.</i>	
	<i>PLZ/ Ort</i>	
<b>E-Mail-Adresse</b>		
<b>Telefonnummer</b>		
<b>Name und Anschrift der Ausbildungsstätte /Schule</b>		
<b>Angabe der Ausbildungsrichtung</b>		

Hiermit beantrage ich

**den Rücktritt/das Versäumnis** von der staatlichen Prüfung aus folgendem wichtigen Grund:

Für den Nachweis des wichtigen Grundes füge ich folgende Unterlagen bei:

- im Falle einer gesundheitlichen Beeinträchtigung die ärztliche Bestätigung über die Nichtteilnahme an / den Abbruch einer staatlichen Prüfung (das vorgegebene **Formular auf der Internetseite** ist zu verwenden – „**ärztliche Bestätigung bei Rücktritt und Versäumnis**“)
- sonstiger Nachweis (z.B. Verkehrsunfall) unter Angabe des betreffenden Prüfungszeitraumes (schriftliche, mündliche oder praktische Prüfung, Prüfungsdatum)

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

*Hinweis: Beachten Sie bitte bei der Antragstellung das Ihnen mit der Zulassung zur Prüfung übergebene Hinweisblatt zum Rücktritt und Versäumnis von der Prüfung und die Auswirkungen.*