

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
 Landesprüfungsamt für Heilberufe  
 PF 16 11 61  
 18024 Rostock

## Härtefallantrag

### I. Angaben zur Person

<b>Nachname</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Aktuelle Meldeadresse</b>	<i>Straße/ Nr.</i>	
	<i>PLZ/ Ort</i>	
<b>E-Mail-Adresse</b>		
<b>Telefonnummer</b>		

### II. Ausbildung

<b>Name der Schule</b>	
<b>Ausbildungsrichtung</b>	
<b>Klasse</b>	

In den folgenden Zeiten sind mir weitere Fehlstunden/ -tage über die regulär möglichen Fehlzeiten aufgrund eines Härtefalls entstanden:

bis

bis

bis

Die Fortsetzung der Ausbildung was aus von mir nicht zu vertretenden Gründen nicht möglich.

Bitte erläutern und weisen Sie die Gründe nach!

Bitte Begründung angeben.

### III. Nachweise

- ☐ bei Krankheit - ärztliche Bescheinigung mit der Diagnose für diesen Zeitraum (ggf. auch durch Bescheinigung der Krankenkasse)
- ☐ entsprechender Nachweis über die angegebenen Gründe
- ☐ Bescheinigung der Schule zum Härtefallantrag (Vordruck)

---

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

*Die Bearbeitung eines Antrages auf Härtefall ist kostenpflichtig. Die Gebühr richtet sich nach der Kostenverordnung für Amtshandlungen der Gesundheitsverwaltung (GesKostVO M-V).*