

per Mail: [susanne.rupprath@ihf-fortbildung.de](mailto:susanne.rupprath@ihf-fortbildung.de)

Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF) e.V.  
VERAH  
c/o Susanne Rupprath  
Edmund-Rumpler-Str. 2  
51149 Köln

Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln

Telefon: 02203 5756-3333  
(Mo., Di., Do.: 10-12 Uhr | Mi.: 14-16 Uhr)  
Telefax: 02203 5756-7013  
[verah@ihf-fortbildung.de](mailto:verah@ihf-fortbildung.de)

[www.verah.de](http://www.verah.de) | [www.ihf-fortbildung.de](http://www.ihf-fortbildung.de)

## Antrag auf Zulassung zur

Qualifizierung für Medizinische Fachangestellte zur  
*Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis - VERAH*

Frau/ Herr \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Der Antrag auf Zulassung ist nur für Interessierte die **KEINEN** Abschluss zur MFA oder Krankenschwester haben  
Abschluss als: \_\_\_\_\_

Wir bitten um Zulassung unserer/s langjährigen Praxismitarbeiterin/s Frau/Herr

\_\_\_\_\_,

Sie/Er ist seit \_\_\_\_\_ Jahren kontinuierlich mit \_\_\_\_\_ h/ Woche in unserer hausärztlichen Praxis tätig und mit allen anfallenden Tätigkeiten einer/s medizinischen Fachangestellten vertraut. Zur selbstständigen Durchführung der von uns/mir gewünschten delegationsfähigen Leistungen wie Blutentnahmen, s.c. und i.m. Injektionen/Impfungen wurde Frau/ Herr \_\_\_\_\_ von mir/uns angeleitet, seitdem wird die ordnungsgemäße Durchführung dieser delegationsfähigen Leistungen regelmäßig überprüft.

Für die Durchführung dieser Leistungen durch meine/n Praxismitarbeiterin/r übernehme ich/wir die volle Verantwortung und Haftung.

Praxis: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum / Unterschrift

Praxisstempel