

**Bundesstadt Bonn**  
**Amt 53-0**  
**53103 Bonn**

**Prüfungen in nichtärztlichen Heilberufen**

Antrag auf Rücktritt von der Prüfung am \_\_\_\_\_ gem. § 10 der RettAPO

- ( ) Hiermit bitte ich um Rücktritt  
( ) von der gesamten Prüfung  
( ) von folgendem Prüfungsteil schriftlich/praktisch/mündlich\*  
nach der o. g. Vorschrift. Eine ärztliche Bescheinigung habe ich beigefügt/werde ich unverzüglich nachreichen.

\*nichtzutreffendes streichen

*(Hinweis: Die Bescheinigung muss folgende Angaben beinhalten:  
Krankheitszeitraum, Termine der ärztlichen Behandlung, Art und Umfang der Erkrankung)*

- ( ) Hiermit bitte ich um Rücktritt von der Prüfung nach der o. g. Vorschrift aus folgendem wichtigen Grund:

---

---

---

---

---

---

---

**Angaben zur Person**

Name:

---

Anschrift:

---

Telefonnummer:

---

Datum

---

Unterschrift

---