

KRANKENPFLEGEDIENST

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G11312
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Dem Antrag ist beizufügen:	
Original <u>und</u> Kopie der Bescheinigung/en	<input type="checkbox"/>
Semesterbescheinigung	<input type="checkbox"/>
Übersicht zu den semesterfreien Zeiten	<input type="checkbox"/>

Antrag auf Anerkennung des Krankenpflagedienstes gem. § 6 Abs. 2 und 3 ÄAppO

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name:	
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Matrikelnummer:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Anschrift (Meldeanschrift):	

Ich beantrage die Anerkennung meiner nachfolgend aufgeführten krankenpflegerischen Tätigkeit/en auf den nach § 6 ÄAppO geforderten Krankenpflagedienst.

Name der Einrichtung/ Ausbildungsberuf	Station/Fachrichtung	Zeitraum	
		vom	bis

Die Anrechnung des Krankenpflagedienstes ist gemäß der Tarifnr. 1.1.9.2. der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen in der aktuellen Fassung mit 25,00 € gebührenpflichtig und wird per Gebührenbescheid erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Zeugnis

über den Krankenpflegedienst im Rahmen der ärztlichen Ausbildung

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflegedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflegedienstes:

vom _____ bis _____

Die Ausbildung ist

- unterbrochen worden vom _____ bis _____
- nicht unterbrochen worden.

(Siegel oder Stempel des Krankenhauses)

Ort, Datum

Name des Krankenhauses

Unterschrift des Leiters des
Pflegedienstes

CERTIFICATE On patient care training

Name, first name	
Date of birth:	
Place of birth:	
From (home faculty)	

has attended patient care training under my supervision.

(Name of hospital)

Date of attendance:

from _____ to _____

Interruptions:

yes: from _____ to _____

no

The training has been done on a ward of the following clinical department/ unit:

The student has been introduced into the following patient care activities:

(Seal or stamp)

Place, date

Name of hospital

Signature head of nursing staff