

Anerkennungsverfahren

Informationen über das Verfahren zur Anerkennung einer in der EU abgeschlossenen Ausbildung in der Krankenpflege oder Geburtshilfe bei Aufnahme der Ausbildung nach EU-Beitritt

Für die Prüfung Ihres Antrags brauchen wir folgende Dokumente:

- **Schriftlicher Antrag gemäß Anlage einschließlich Fragebogen zu den persönlichen Verhältnissen**
- **Ihr Diplom oder Abschlusszeugnis**
- **Identitätsnachweis (Pass oder Personalausweis o.Ä.)**
- **im Falle einer Namensänderung die Heiratsurkunde**
- **Aktueller tabellarischer Lebenslauf mit vollständigen Angaben über Schulbildung, Ausbildung(en) und beruflichen Werdegang. Bitte unterschreiben Sie den Lebenslauf.**
- **Stellennachweis (z.B. Arbeits(vor)vertrag, Einstellungszusage des Arbeitgebers) oder Meldebestätigung oder Absichtserklärung, dass der Beruf zukünftig im Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg ausgeübt werden soll (persönliche Erklärung)**
- **Eine Unbedenklichkeitsbescheinigung, mit der nachgewiesen wird, dass gegen Sie in berufsrechtlicher/ strafrechtlicher Hinsicht nichts vorliegt (z.B. Certificate of Good Standing, Strafregisterauszug des Heimatlandes, Bestätigung der Pflegekammer etc.)**
- **je nach Einzelfall evtl. weitere Dokumente. Bitte warten Sie unsere Mitteilung ab.**

Falls Sie einzelne Dokumente nicht vorlegen können, können Sie dennoch den Antrag stellen. Wir benötigen dann eine Erklärung, warum diese Dokumente nicht vorhanden sind oder nicht beschafft werden können.

Anerkennungsverfahren

Wichtige Hinweise zum Nachweis von Dokumenten:

Reichen Sie bitte **amtlich beglaubigte** Kopien aller erforderlichen Dokumente ein.

Alternativ können bei Antragstellung aus dem Inland auch **einfache Fotokopien** für die Akte eingereicht werden. Die **Originale** müssen Sie dann zu einem späteren Zeitpunkt bei einem persönlichen Termin vorlegen.

Bei Antragstellung aus dem Ausland sind in jedem Fall amtlich beglaubigte Kopien einzureichen.

Bitte beachten Sie außerdem:

Sollte im Einzelfall ein Gesprächs- bzw. Beratungsbedarf bestehen, kann über die unten genannte E-Mailadresse ein persönlicher Termin vereinbart werden.

Wenn die Gleichwertigkeit der Ausbildung festgestellt wurde, kann eine Berufsurkunde erst ausgestellt werden, nachdem die folgenden weiteren Unterlagen vorliegen:

- **Nachweis über Ihre Deutschkenntnisse:** Erwartet wird ein Sprachnachweis eines durch die **Association of Language Testers in Europe (ALTE) zertifizierten Anbieters (Stufe B2** des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen). Dies sind TELC, Goethe Institut, ÖSD oder TestDaF
- **Ärztliches Attest** (Gesundheitszeugnis) über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufes (Nutzen Sie hierfür ausschließlich den behördlichen Vordruck)
- **Amtliches Führungszeugnis** (Strafregisterauszug) **zur Vorlage bei der Behörde** (dieses wird direkt an die Behörde gesandt)

Das Attest und das Führungszeugnis müssen bei Erteilung der Erlaubnis auf dem aktuellen Stand (nicht älter als drei Monate) sein. **Beantragen Sie sie bitte erst dann, wenn wir Sie ausdrücklich dazu auffordern.**

An wen ist der Antrag zu richten?

Anträge auf Anerkennung richten Sie bitte schriftlich an die Adresse

**Freie und Hansestadt Hamburg
Sozialbehörde - Amt für Gesundheit
Postfach 760 106, 22051 Hamburg**

Für grundsätzliche Anfragen und Terminabsprachen kontaktieren Sie uns bitte per E-Mail:

anerkennung-gesundheitsfachberufe@soziales.hamburg.de

Anerkennungsverfahren

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort _____

An die
Freie und Hansestadt Hamburg
Sozialbehörde - Amt für Gesundheit
Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner in _____ (Ausbildungsland)
absolvierten Ausbildung und die Erteilung einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

(hier bitte den deutschen Anerkennungsberuf eintragen)

Ich versichere hiermit:

- Ich habe bisher in keinem anderen Bundesland einen Anerkennungsantrag gestellt.
- Ich bin nicht berufs- oder strafrechtlich vorbestraft. Es ist auch kein gerichtliches oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig.
- Ich kann die vorstehende/n Erklärung/en nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür gesondert.

Ich bin damit einverstanden, dass meine antragsbezogenen Daten im Rahmen der Prüfung an folgende Stellen weitergegeben werden: Bildungsinstitute, mit denen die Behörde bei der Anerkennung von Gesundheitsfachberufen zusammenarbeitet, die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB/ GfG), je nach den Umständen des Einzelfalls eventuell weitere Behörden und Stellen, die mit der Anerkennung befasst sind.

Mir ist bekannt, dass die Bearbeitung eines Antrags zur Anerkennung einer Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf **gebührenpflichtig** ist. Die Bearbeitungsgebühr ist abhängig vom Aufwand und beträgt in der Regel 215,00 €, im Einzelfall bis zu 580,00 € (Stand: 01/2021). Bei Erteilung der Berufserlaubnis kommt eine Gebühr für die Urkunde (derzeit 42,00 €) hinzu.

Bei Aufnahme der Bearbeitung kann eine Gebühr von 65,00€ bei Antragstellung aus dem Inland und 77,00 € bei Antragstellung aus dem Ausland erhoben werden, die auf die spätere Gesamtgebühr angerechnet wird.

Wird der Antrag abgelehnt, fallen $\frac{3}{4}$ der Gebühren an. Bei Rücknahme des Antrags nach begonnener Bearbeitung wird die Hälfte der Gebühr erhoben.

Für das Fertigen von Fotokopien und Ausdrucken wird eine Gebühr von 0,90 € für die ersten 10 Seiten und 0,30 € für jede weitere Seite berechnet.

Die Gebühren werden in Teilbeträgen durch Gebührenbescheid erhoben (nur Überweisung, keine Barzahlung).

(Datum, Unterschrift)

Anerkennungsverfahren

Anlage
zum Antrag auf Anerkennung einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation in einem Gesundheitsfachberuf

Fragebogen zu den persönlichen Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Name Herr Frau _____

Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

ggf. abweichender Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Ausbildungsland _____

ausländische Bezeichnung der Ausbildung
z.B. nurse, occupational therapist, fizjoterapia _____

E-Mailanschrift _____

Telefon- und Handynummer _____

Wie lange Berufserfahrung im erlernten Beruf? (in Jahren) _____

In Deutschland berufstätig? Tätigkeit? _____

Bitte beachten Sie:

Um Sie umfassend beraten und Ihren Antrag korrekt bearbeiten zu können, sind wir auf Ihre Angaben angewiesen. Bitte füllen Sie den Fragebogen daher **vollständig und gut leserlich** aus.

Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen – z. B. betreffend Anschrift, Berufstätigkeit – teilen Sie uns bitte unbedingt mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!