

# BERUFSANERKENNUNG

## 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.**
- **Meldebestätigung oder Stellennachweis (z.B. Arbeits(vor)vertrag, Einstellungszusage des Arbeitgebers) 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.***

# BERUFSANERKENNUNG

## Wichtige Hinweise zum Nachweis von Dokumenten:

Alle Originaldokumente benötigen eine Apostille/ Legalisation.

Bei Antragstellung aus dem Inland reichen **einfache Fotokopien** aller erforderlichen Dokumente für die Akte aus. Die **Originale** müssen Sie dann zu einem späteren Zeitpunkt bei einem persönlichen Termin vorlegen.

Alternativ können Sie **amtlich beglaubigte** Kopien einreichen. Eine Vorlage der Originale entfällt dann. Befindet sich die Antragstellerin/ der Antragsteller im Ausland, sind in jedem Fall amtlich beglaubigte Kopien einzureichen.

## Bitte beachten Sie außerdem:

Sollte im Einzelfall ein Gesprächs- bzw. Beratungsbedarf bestehen, können über die unten genannte E-Mailadresse persönliche Termine während der Sprechzeiten vereinbart werden.

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

- **Nachweis über Ihre Deutschkenntnisse: Erwartet wird Stufe B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen. Sprachnachweis eines Association of Language Testers in Europe (ALTE) zertifizierten Anbieters. Dies sind z.B. 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

**Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Landesprüfungsamt für Gesundheitsfachberufe / G114  
Billstraße 80  
20539 Hamburg**

Für grundsätzliche Anfragen und Terminabsprachen zu den Sprechzeiten (Montag und Dienstag 09-12 Uhr, Donnerstag 13-16 Uhr) kontaktieren Sie uns bitte per E-Mail:

[anerkennung-gesundheitsfachberufe@bgv.hamburg.de](mailto:anerkennung-gesundheitsfachberufe@bgv.hamburg.de)

# BERUFSANERKENNUNG

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

An die

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Landesprüfungsamt für Gesundheitsfachberufe, G 114 -  
Billstraße 80  
20539 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 auf der Rückseite dieses Antrags.

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. (siehe auch [Datenschutzerklärung](#))

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 210,00 €, im Einzelfall bis zu 550,00 € (Stand: Februar 2020). Bei Erteilung der Berufserlaubnis kommt eine Gebühr für die Urkunde (derzeit 42,00 €) hinzu.

Bei Aufnahme der Bearbeitung kann eine Gebühr von 55,00€ 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)

# BERUFSANERKENNUNG

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!