Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

MERKBLATT

über die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

☐ Pflegefachfrau ☐ Pflegefachmann ☐ Pflegefachperson
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson
☐ Altenpflegerin ☐ Altenpfleger ☐ Altenpflegefachperson

Erst die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung "Pflegefachfrau/ -mann/-person", „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in/-person“ oder „Altenpfleger:in/-person“ berechtigt Sie, den Beruf unter der geschützten Berufsbezeichnung auszuüben. Die meisten Arbeitgeber werden von Ihnen die Vorlage dieser Urkunde verlangen. Sie wird erteilt, wenn die Abschlussprüfung bestanden sowie die Zuverlässigkeit und gesundheitliche Eignung für die Berufsausübung nachgewiesen ist.

Für die Bearbeitung des Antrags müssen folgende Unterlagen vorliegen:

- **Schriftlicher Antrag** *(siehe beiliegendes Formular)*
- **Polizeiliches Führungszeugnis**
  Das Führungszeugnis darf bei Erteilung der Erlaubnis nicht älter als drei Monate sein. Es muss im Einwohnermeldeamt mit der Belegart 0 (zur Vorlage bei einer Behörde gemäß § 30 Abs. 5 BZRG) beantragt werden und ist gebührenpflichtig.
  Die von Ihnen zu beantragenden Führungszeugnisse vom Bundeszentralregister werden dem Landesprüfungsamt (LPA) digital zugestellt. Dazu ist es erforderlich, dass Sie bei der Beantragung im zuständigen Meldeamt den Empfänger: **Landesprüfungsamt Hamburg** sowie das **Behördenkennzeichen: K6392Q** mitteilen. Diese Angabe stellt sicher, dass Ihr Führungszeugnis dem LPA digital zugestellt wird. Als Verwendungszweck geben Sie bitte das Stichwort „Pflegefachfrau / Pflegefachmann“ an.
  Lassen Sie sich bei Beantragung **die Quittung** mitgeben.
- **Ärztliche Bescheinigung** *(siehe beiliegendes Formular)*
  Die Bescheinigung darf bei Erteilung der Erlaubnis nicht älter als drei Monate sein. Eventuell entstehende Kosten sind von Ihnen selbst zu tragen.
  Tipp: Um Ihre Kosten möglichst gering zu halten, wenden Sie sich zunächst an Ihre/n Betriebs- oder Hausarzt/-ärztin.

Erst wenn die Unterlagen vollständig vorliegen, kann der Antrag bearbeitet werden!

Für Rückfragen:

E-Mail: lily.pavlovic@soziales.hamburg.de
laura.hammer@soziales.hamburg.de

Telefon: 040 / 428 37 - 3780 I 040 / 428 37 - 3989
Telefonsprechzeiten: Mo und Di von 9 bis 12 Uhr
Do von 13 bis 16 Uhr

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

☐ Pflegefachfrau ☐ Pflegefachmann ☐ Pflegefachperson
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson
☐ Altenpflegerin ☐ Altenpfleger ☐ Altenpflegefachperson

Hiermit beantrage die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung einer Tätigkeit unter der o. g. Berufsbezeichnung.

Folgende Angaben zu meiner Person sind für die Bearbeitung des Antrages noch wichtig:

Vorname	_____
Name	_____
Straße	_____
Postleitzahl, Ort	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail-Adresse	_____
Geburtsname	_____
Geburtsdatum	_____
Geburtsort	_____
Pflegeschule	_____
Vertiefungseinsatz nach § 7 Abs. 4 PflBG im Bereich	_____
Abschluss/Prüfung am	_____

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen die Erteilung der Erlaubnisurkunde gebührenpflichtig ist. Die Höhe der Gebühren beträgt je nach Aufwand zwischen 80€ und 200€. In der Behörde gefertigte Fotokopien werden mit 0,90 € für die ersten 10 Seiten und 0,30 € für jede weitere Seite berechnet. [1] Sie erhalten einen **Gebührenbescheid** mit den notwendigen Überweisungsdaten. Scheck- oder Barzahlung ist nicht möglich. Wird der Antrag abgelehnt, fallen ¾ der Gebühren an.
Im Fall des Nichtbestehens der staatlichen Abschlussprüfung ist die Antragsrücknahme gebührenfrei.

……
Datum/Unterschrift

[1] Änderung vorbehalten

Ärztliche Bescheinigung

für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

☐ Pflegefachfrau ☐ Pflegefachmann ☐ Pflegefachperson
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson
☐ Altenpflegerin ☐ Altenpfleger ☐ Altenpflegefachperson

Name, Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Pflegeschule: _____ Klasse/Kurs: _____

ist von mir **heute** ärztlich untersucht worden. Hierbei ist festgestellt worden, dass sie/er

☐ nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufs ungeeignet ist.
Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische noch akute oder chronische Erkrankungen oder Suchterkrankungen vorliegen, die eine Patientengefährdung zur Folge haben könnten.

☐ in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufs ungeeignet ist.

Begründung:

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

_____

Ort und Datum | Unterschrift der Ärztin / des Arztes | Arztstempel

<u>Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht</u>
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben geforderten Auskünfte vollständig erteilt werden.

_____
Datum / Unterschrift