

# ANERKENNUNGSVERFAHREN

## Informationen über das Verfahren zur Anerkennung einer im Ausland abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf

### Diese Dokumente müssen Sie auf jeden Fall vorlegen:

- Ihr Diplom und Prüfungszeugnis
- Aktueller tabellarischer Lebenslauf mit vollständigen Angaben über Schulbildung, Ausbildung(en) und beruflichen Werdegang. Bitte unterschreiben Sie den Lebenslauf.
- Schriftlicher Antrag gemäß Anlage einschließlich Fragebogen zu den persönlichen Verhältnissen
- Identitätsnachweis (Pass oder Personalausweis)
- Meldebestätigung oder Stellennachweis oder Absichtserklärung, dass der Beruf zukünftig im Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg ausgeübt werden soll

### Diese Dokumente fordern wir in der Regel zusätzlich an:

- Nachweis der Schule/Ausbildungsstätte über die Dauer der Ausbildung
- Nachweis der theoretischen und praktischen Unterrichtsfächer mit Stundenzahlen pro Fach
- Nachweis der praktischen Ausbildung (klinische Praktika) in den Funktionsbereichen/Abteilungen (mit Stundenzahlen)
- Nachweise zu Art und Umfang der Abschlussprüfung: mündliche, schriftliche und praktische Prüfungsfächer
- Nachweise über Tätigkeiten in Ihrem erlernten Beruf (z.B. Arbeitszeugnisse)
- Nachweise über Weiterbildungen
- „Certificate of Good Standing“/ „Certificate of Current Professional Status“. Hierbei handelt es sich um eine so genannte Unbedenklichkeitsbescheinigung, mit der nachgewiesen wird, dass gegen Sie in berufsrechtlicher Hinsicht nichts vorliegt. Die zuständige Stelle, bei der Sie den Nachweis erhalten, werden wir Ihnen ggf. benennen.
- im Falle einer Namensänderung die Heiratsurkunde/ das Familienbuch
- je nach Einzelfall evtl. weitere Dokumente. Bitte warten Sie unsere Mitteilung ab.

# ANERKENNUNGSVERFAHREN

## Wichtige Hinweise zum Nachweis von Dokumenten:

- Vorzulegen ist jeweils **eine amtlich beglaubigte Kopie** des Originals.
- Zusätzlich benötigen wir eine **einfache Fotokopie** für unsere Akte.
- Von landessprachlichen Dokumenten müssen Sie auch eine **deutsche Übersetzung** einreichen. Diese muss von einem in Deutschland staatlich vereidigten Übersetzer angefertigt worden sein. Entsprechende Übersetzerinnen und Übersetzer finden Sie beispielsweise über diesen link: [http://www.justiz-dolmetscher.de/suche\\_action](http://www.justiz-dolmetscher.de/suche_action)
- Die Übersetzung muss mit dem originalsprachlichen Dokument **fest verbunden** sein, beispielsweise mit einer Niete (keine Heftklammer, Büroklammer).
- Übersetzungen von nicht beglaubigten Kopien können nicht akzeptiert werden.

## Bitte beachten Sie außerdem:

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

- **Nachweis über Ihre Deutschkenntnisse, erwartet wird Stufe B2 des Europäischen Sprachzertifikats Deutsch**
- **Ärztliches Attest** (Gesundheitszeugnis) über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufes
- **Amtliches Führungszeugnis** (Strafregisterauszug) der Belegart 0.

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

## Wo wird der Antrag bearbeitet?

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

**Rückfragen zum Verfahren per E-Mail: [anerkennung-gesundheitsfachberufe@bgv.hamburg.de](mailto:anerkennung-gesundheitsfachberufe@bgv.hamburg.de)**

# ANERKENNUNGSVERFAHREN

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: z.B. „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“)

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 staatsanwaltliches 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.

Mir ist bekannt, dass die Bearbeitung eines Antrags zur Anerkennung einer Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf **gebührenpflichtig** ist. Die Gebühr ist abhängig vom Aufwand der Bearbeitung und beträgt derzeit zwischen 45,00 € und im Einzelfall bis zu 500 € (Stand: Januar 2018). Bei Aufnahme der Bearbeitung wird zunächst eine Gebühr von 50,00 € erhoben, 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 wird eine Gebühr von 0,90 € pro erste 10 Kopien (0,30 € jede weitere Kopie) berechnet.

Alle Gebühren werden 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. pielgnarka, 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** aus.

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!