



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

MERKBLATT

über die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut

Erst die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut/in“ berechtigt Sie, den Beruf unter dieser 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 die gesundheitliche Eignung für die Berufsausübung nachgewiesen ist.

Für die Bearbeitung des Antrags sind folgende Unterlagen einzureichen:

- **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. Als Verwendungszweck geben Sie bitte das Stichwort „Physiotherapie“ an. Lassen Sie es an die unten genannte Anschrift - G1143 - senden. Nur dann ist hier eine Zuordnung möglich.
- **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. Bitte beachten Sie die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht.
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!

Anträge sind einzureichen bei der

Anschrift: Sozialbehörde
Amt G, G1143
Postfach 760106
22051 Hamburg

Telefon: 040 / 428 37 – 3783
Telefax: 040 / 427 31 – 0108

Telefonsprechzeiten: Mo und Di von 9 bis 12 Uhr
Do von 13 bis 16 Uhr

An die:
Sozialbehörde
Amt G, G1143
Postfach 760106
22051 Hamburg

Antrag zur Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut

Hiermit beantrage ich gemäß § 1 (1) Nr. 2 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung einer Tätigkeit unter der o. g. Berufsbezeichnung.

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

Vorname _____

Name _____

Straße _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Berufsfachschule _____

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 40 € und 75 €. 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 $\frac{3}{4}$ der Gebühren an.

Im Fall des Nichtbestehens der staatlichen Abschlussprüfung ist die Antragsrücknahme gebührenfrei.

.....
Datum/Unterschrift

An die:
Sozialbehörde
Amt G, G1143
Postfach 760106
22051 Hamburg

Ärztliche Bescheinigung
für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut

Name, Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Schule: _____ ggf. 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

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben geforderten Auskünfte vollständig erteilt werden.

Datum / Unterschrift