# AUSLANDSBESCHEINGUNG

Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 5207
Postfach 760 106
22051 Hamburg

**Antrag**
**auf Ausstellung einer Auslandsbescheinigung**

**Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!**

| | |
|---|---|
| **Anrede:** | |
| **Name:** | |
| **Vorname/n:** | |
| **Geburtsname:** | |
| **Geburtsdatum:** | |
| **Geburtsort:** | |
| **E-Mail:** | |
| **Telefonnummer:** | |
| **Straße/ Hausnr. :** | |
| **PLZ/ Ort:** | |

Hiermit beantrage ich die Bestätigung der beigefügten Unterlagen/Dokumente zur Auslandsanerkennung bzw. der Unterlagen, die durch ein anfragendes (ausländisches) Institut an das Landesprüfungsamt versandt wurden. Ich erkläre, dass die Original-Urkunde/n nicht zurückgenommen oder widerrufen wurde/n. Bitte senden Sie die Bescheinigung/en direkt an folgende inländische/ausländische Anerkennungsbehörde:

| |
|---|
| |
| |
| |

Mir ist bekannt, dass die Ausstellung einer Auslandsbescheinigung, gemäß Tarifnummer 1.4.3, gebührenpflichtig ist. Nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen beträgt die Gebühr je nach Aufwand derzeit 150,00 bis 250,00 Euro. Soweit Sie im Ausland leben, ist die Gebühr im Voraus zu zahlen.[1] Die Portokosten für den Versand ins Ausland werden ggf. zusätzlich berechnet.

_____
**Datum/ Unterschrift**

1 Bitte beachten Sie, dass bei Überweisungen aus dem Ausland ggf. Transaktionskosten durch Ihre Bank berechnet werden. Informieren Sie sich bei Ihrer überweisenden Bank und planen Sie diesen Betrag unbedingt mit ein!