Verbindliche Anmeldung zur staatlichen Kenntnis-/Eignungsprüfung zur bzw. zum

☐ Pflegefachfrau | Pflegefachmann | Pflegefachperson
☐ Gesundheits- und Krankenpflegerin | Gesundheits- und Krankenpfleger | Gesundheits- und Krankenpflegefachperson
☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin | Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachperson
☐ Altenpflegerin | Altenpfleger | Altenpflegefachperson

Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
- Amt für Gesundheit -
Fachberufe im Gesundheitswesen
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Name _____

Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Hiermit melde ich mich **verbindlich** an zur

Bitte Zutreffendes ankreuzen:*

Art der Prüfung	☐ Eignungsprüfung (wenn innerhalb der EU) ☐ Kenntnisprüfung (wenn außerhalb der EU)
Versuch	☐ Erstversuch ☐ Wiederholungsversuch ☐ beide Prüfungsteile ☐ nur mündlicher Prüfungsteil ☐ nur praktischer Prüfungsteil

* *Diese Informationen entnehmen Sie bitte Ihrem Feststellungsbescheid/Nichtbestehensbescheid.*

für die nächstmögliche Prüfung ab _____(Monat) _____ (Jahr) an.

Mein Vorbereitungskurs zur Kenntnisprüfung fand statt bei:

☐ Lingoda ☐ maxQ ☐ apm Weiterbildung
☐ andere: _____
☐ ohne Vorbereitungskurs

Die Rechnung für die **Prüfungsgebühren**

☐ bezahle ich selbst (Rechnungsadresse wie auf Seite 1 angegeben)
☐ wird übernommen von (vollständig auszufüllen):

Institution _____

Funktion, Anrede und Name Ansprechperson _____
_____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Adresse _____

.....
Ort, Datum und Unterschrift (Institution)

Stempel der Institution

Prüfungsabnehmende **Pflegeeinrichtung** (praktischer Teil) ist:

_____

Zuständige **Ansprechperson** in der prüfungsabnehmenden **Pflegeeinrichtung** (praktischer Teil) ist:

_____

Meine Anmeldung ist verbindlich. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Hinweise auf Seite 3 zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

.....
Ort, Datum und Unterschrift der antragstellenden Person

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Mit dieser **verbindlichen** Anmeldung zur Prüfung können Sie nur noch von der Prüfung zurücktreten, wenn Sie **prüfungsunfähig** sind. Im Falle eines Rücktrittes von der Prüfung aus Krankheitsgründen müssen Sie der Behörde das beigefügte ärztliche Attest unter **ausdrücklicher Nennung der Diagnose in unverschlüsselter Form** vorlegen.

  Sollten Sie prüfungsunfähig sein, teilen Sie der Behörde die Rücktrittsgründe **unverzüglich** und **vor Beginn der Prüfung** schriftlich mit und übersenden Sie entsprechende Nachweise an Ihre zuständige Sachbearbeitung in der Sozialbehörde. Diese ist Ihrem Feststellungsbescheid / Nichtbestehensbescheid zu entnehmen.

- Die Kenntnisprüfung bzw. Eignungsprüfung wird von einer **Hamburger Pflegeschule** abgenommen. Die gängigen Anbieter der Vorbereitungskurse haben in der Regel feste Kooperationsschulen. Andernfalls werden Sie von der Behörde der Pflegeschule zugewiesen, welche den nächstmöglichen Prüfungstermin anbietet.

- Ihre Anmeldung zur Prüfung kann nur fristgerecht bearbeitet werden, wenn diese vollständig und leserlich ausgefüllt ist und zusammen mit dem **Meldebogen einer Pflegeeinrichtung** (ebenfalls vollständig und leserlich ausgefüllt) eingereicht wird. Wir bitten Sie, die Anmeldung und den Meldebogen bevorzugt **via E-Mail** an folgende Adresse zu übersenden:

  anpassungspruefungen-pflege@soziales.hamburg.de

  Bei Übersendung per Post, verwenden Sie bitte die Postfach-Adresse von Seite 1.

- Die von Ihnen genannte **Pflegeeinrichtung für den praktischen Teil** der Kenntnisprüfung bzw. Eignungsprüfung muss behördlichen Vorgaben entsprechen (siehe Merkblatt Kenntnis-/Eignungsprüfungen für Praxisträger) und sich an der Prüfungsorganisation kooperativ beteiligen. Andernfalls kann die Behörde die Pflegeeinrichtung als Prüfungsort ablehnen und die Nennung eines anderen Prüfungsortes einfordern.

- Die Kenntnis- bzw. Eignungsprüfung ist **kostenpflichtig**. Die Prüfungskosten betragen ca. 1.000,- bis 1.300,- EUR für beide Prüfungsteile (Stand 06/2024). Sie erhalten eine Rechnung von der prüfungsdurchführenden Pflegeschule. Bitte überweisen Sie die Prüfungsgebühren rechtzeitig innerhalb der vorgegebenen Frist. Bei Rückfragen zur Rechnung wenden Sie sich bitte an die Stelle, die die Rechnung versandt hat.

- Sie werden zu gegebener Zeit (spätestens zwei Wochen vor dem ersten Prüfungsteil) gesondert eine Ladung mit Ihren genauen Prüfungsterminen und Prüfungsorten erhalten. **Wichtig: Die Ladung wird an Ihre angegebene Wohnanschrift von Seite 1 verschickt. Adressänderungen sind daher unverzüglich per E-Mail der Behörde mitzuteilen, um einen reibungslosen Ablauf sicherstellen zu können.** Adressänderungen schicken Sie uns bitte an nachfolgende Adresse:

  anerkennung-gesundheitsfachberufe@soziales.hamburg.de