



Die Senatorin für Gesundheit,  
Frauen und Verbraucherschutz  
Gesundheitsfachberufe, Referat 20  
Fachkraft Anerkennung  
Faulenstr. 9/15  
28195 Bremen  
Email: [fachkraft-erkennung@gesundheit.bremen.de](mailto:fachkraft-erkennung@gesundheit.bremen.de)

Eingang der Unterlagen am:

## **Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf**

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Physiotherapeut: in
- Hebamme/Entbindungspfleger
- Medizinische/r Technolog: in für Laboratoriumsanalytik
- Medizinische/r Technolog: in für Radiologie
- Pharmazeutisch-technische/r Assistent: in
- Anästhesietechnische/r Assistent: in
- Operationstechnische/r Assistent: in
- Sonstiges:

### **1. Angaben zur Person der Antragstellerin/ des Antragstellers**

Frau                       Herr                       Divers

Familiename		Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
ggf. Geburtsname			
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Geburtsdatum	Geburtsort/-land		Staatsangehörigkeit
Telefon		E-Mail	

### **2. Angaben zur Berufsausbildung**

Ausbildungsland, Ort
<b><u>Ausländische</u></b> Bezeichnung der Ausbildung
Zeitraum der Ausbildung

### 3. Angaben zur Berufsausübung im Herkunftsland

Zeitraum von - bis	Arbeitgeber/Arbeitsstelle	Berufliche Funktion

4. In Deutschland seit (Datum): \_\_\_\_\_

**Ich versichere hiermit, dass die obenstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen und dass ich bisher noch in keinem anderen Bundesland einen Anerkennungsantrag gestellt habe.**

---

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift des Antragstellenden

### **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine antragsbezogenen Daten im Rahmen der Prüfung und je nach den Umständen des Einzelfalls an folgende Stellen weitergegeben werden:

- Externe Gutachtenstellen, wie z.B. Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB)
- IMI-Binnenmarkt-Informationssystem (IMI)

---

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift des Antragstellenden