

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

**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:**

Frau

Herr

Divers

Familienname	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>Ausländische</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):** \_\_\_\_\_

**5. Es wurde ein gebührenpflichtiges beschleunigtes Fachkräfteverfahren gemäß § 81a AufenthG über das Migrationsamt Bremen angestoßen.**

wenn zutreffend, bitte ankreuzen!

**6. 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