

Regierungspräsidium Darmstadt  
Dezernat II 24.2 Pflege, Pflegefachberufe  
64278 Darmstadt

### **Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in einem Pflegefachberuf (staatliche Anerkennung)**

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

Pflegefachfrau/Pflegefachmann  
(bzw.) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger\*)

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Altenpflegerin/Altenpfleger

Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer

Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer

aufgrund meiner in \_\_\_\_\_ abgeschlossenen Berufsausbildung.  
(Land, in dem die Ausbildung absolviert wurde)

\*Sofern eine automatische Anerkennung (EU-Konformität der Ausbildung) nicht möglich ist, erfolgt die Entscheidung über den Antrag in Anwendung der Übergangsvorschrift im Pflegeberufegesetz nach den Vorschriften des Krankenpflegegesetzes

### **Antragsdaten**

Persönliche Daten:

Anrede: \_\_\_\_\_

Vorname (n): \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aufenthaltort:

Aktuell wohnhaft in Deutschland: Ja Nein

Zeitpunkt, seit dem Sie in Deutschland wohnen: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift in Deutschland

Adresszusatz (c/o) \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift im Ausland

Staat: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kontaktmöglichkeiten

Ich willige in die Verarbeitung der unter Kontaktmöglichkeiten angegebenen Daten ein. Ja Nein

Ich möchte auch vertraulich zu behandelnde Daten über unverschlüsselte E-Mail austauschen. Ja Nein

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigung

Ich möchte in dem Anerkennungsverfahren vertreten werden Ja Nein

Name der Verfahrensvertretung: \_\_\_\_\_

Vollmacht ist beigefügt Ja Nein

Arbeitsstelle

Arbeitgeber ist Hessen ist bereits vorhanden oder in Aussicht Ja Nein

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Begründen Sie Ihre Antragstellung in Hessen (falls kein Arbeitgeber in Hessen)

Ich habe bereits einen Antrag auf staatliche Anerkennung für meine im Ausland abgeschlossene Berufsqualifikation gestellt. Ja  Nein

Zeitpunkt der Antragstellung: \_\_\_\_\_

Behörde: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Es wird darauf hingewiesen, dass die aus den Antragsunterlagen sich ergebenden Daten durch das Regierungspräsidium Darmstadt und weitere Stellen verarbeitet werden dürfen. Auf die [Informationen nach Artikel 13 DS-GVO für die Anerkennungsverfahren der Pflegefachberufe](#) wird hingewiesen. Die Hinweise zum Datenschutz nehme ich zur Kenntnis und stimme zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

**Wichtige Hinweise:**

Sämtliche Ausbildungsunterlagen sind als beglaubigte Kopien (keine Farbkopien) vorzulegen (beglaubigen kann ein Notar oder die Stadt- bzw. Gemeindeverwaltung in Deutschland). Achten Sie bitte unbedingt darauf, dass keine unbeglaubigten Kopien sowie keine Farbkopien vorgelegt werden, da diese nicht akzeptiert werden können.

Die deutschen Übersetzungen sind von einem öffentlich bestellten und beeidigtem Übersetzer anzufertigen bzw. zu beglaubigen. Die Übersetzungen müssen vom Original oder beglaubigten Kopien angefertigt werden und dies ist vom Übersetzer zu bescheinigen. Übersetzungen, die von unbeglaubigten Fotokopien angefertigt wurden, können nicht akzeptiert werden.