

Rücknahme meines Antrages im Land Brandenburg



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Dezernat G1
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G1
GFB@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon*	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit nehme ich meinen Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung als

<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
<input type="checkbox"/> Hebamme / Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/> Notfallsanitäter/-in
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/-in	<input type="checkbox"/> Logopädin / Logopäde
<input type="checkbox"/> Physiotherapeutin / Physiotherapeut	<input type="checkbox"/> Podologin / Podologe
<input type="checkbox"/> Masseurin und medizinische Bademeister/-in	<input type="checkbox"/> Diätassistentin / Diätassistent
<input type="checkbox"/> Operationstechnische Assistenten	<input type="checkbox"/> Anästhesietechnische Assistenten
<input type="checkbox"/> Medizinische Technologen für Veterinärmedizin	<input type="checkbox"/> Medizinische Technologen für Laboratoriumsanalytik
<input type="checkbox"/> Medizinische Technologen für Radiologie	<input type="checkbox"/> Medizinische Technologen für Funktionsdiagnostik
<input type="checkbox"/> Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Intensivpflege und Anästhesie	<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>

zurück.

Ort, Datum

.....

eigenhändige Unterschrift

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.

* freiwillige Angabe