

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)  
Abteilung Gesundheit  
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe (G1)  
Wünsdorfer Platz 3  
15806 Zossen

**Zum Antrag auf Anrechnung der Berufspraxis als Rettungsanitäterin bzw. Rettungsanitäter  
auf die vorgeschriebene praktische Tätigkeit nach § 7 Rettungsassistentengesetz  
(bei mehreren Arbeitgebern- von jedem Arbeitgeber ausfüllen lassen)**

---

Hiermit wird

Frau / Herr ..... geb. am .....  
wohnhaft in ..... Straße .....

folgendes bestätigt:

Lehrgang in der Rettungsassistentenz: vom: ..... bis .....

an der Ausbildungsstätte

- Brandenburgisches Bildungswerk für Medizin  
und Soziales e.V. in Potsdam  
Rettungsassistentenschule
- Landesrettungsschule Brandenburg e.V.  
in Bad Saarow

Abschluss als Rettungsanitäterin bzw. Rettungsanitäter  
nach den Grundsätzen des Bund-/ Länderausschusses\* am .....

Name der Rettungswache: .....

Die Rettungswache ist mit einem Notarzt verbunden  ja  nein

Durchschnittlich werden in der Rettungswache ..... Notfalleinsätze im Jahr durchgeführt.

Die Rettungswache ist ..... Stunden täglich im Einsatz.

---

\* beglaubigte Kopie des Zeugnisses beifügen

Zeitraum der Anstellung als Rettungssanitäterin bzw. Rettungssanitäter:

vom ..... bis .....  
 Vollzeit  Teilzeit

Im Zeitraum der Anstellung geleistete Dienststunden .....  
davon:

Einsätze RTW / NAW ..... mit insgesamt ..... Einsatzstunden

Einsätze NEF ..... mit insgesamt ..... Einsatzstunden

Einsatzstunden KTW ..... mit insgesamt ..... Einsatzstunden

Einsatzstunden Leitstelle ..... mit insgesamt ..... Einsatzstunden

Sonstiges (bitte konkret angeben)

..... mit insgesamt ..... Einsatzstunden

Teilnahme an Unterrichtsstunden :  ja Anzahl: .....  
 nein

Wurden folgende Einsatzfahrzeuge selbst gefahren?

RTW  ja  nein  
 KTW  ja  nein  
 NEF  ja  nein

Im Besitz eines LKW- Führerscheins?  ja  nein  
(Berechtigung für Tonnage über 3,5 bis maximal 7,5 Tonnen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Leiter Rettungswache  
Name / Unterschrift  
Stempel und Angabe der Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ltd. Notarzt  
Name / Unterschrift  
Stempel und Angabe der Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Leitung Personalabteilung  
Name / Unterschrift  
Stempel und Angabe der Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Leiter Rettungsdienst  
Name / Unterschrift  
Stempel und Angabe der Telefonnummer