

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe
Wünsdorfer Platz 3
15806 Zossen

**Antrag
auf Anrechnung einer Ausbildung, von Ausbildungsabschnitten oder
krankenpflegerischer Tätigkeiten auf den Krankenpflagedienst
gem. § 6 Abs. 2 Nr. 5 ÄApprO**

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Ich studiere bzw. beabsichtige zu studieren an der
(Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

und beantrage gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 5 ÄApprO die Anrechnung folgender Ausbildung, von Ausbildungsabschnitten oder Krankenpflegerischer Tätigkeiten auf den Krankenpflagedienst:

| | |
|----|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> Ausbildung in der bzw. als |
| | <input type="checkbox"/> Krankenpflege <input type="checkbox"/> Kinderkrankenpflege <input type="checkbox"/> Hebamme / Entbindungspfleger <input type="checkbox"/> Rettungsassistenz <input type="checkbox"/> Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter <input type="checkbox"/> mindestens einjährige Ausbildung in der Krankenpflegehilfe * <input type="checkbox"/> mindestens einjährige Ausbildung in der Kinderkrankenpflegehilfe* <input type="checkbox"/> mindestens einjährige Ausbildung Altenpflegehilfe* |
| | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis über den Berufsabschluss <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung <input type="checkbox"/> *entsprechende Angabe der landesrechtlichen Regelung |

| | | |
|----|--------------------------|---|
| 2. | <input type="checkbox"/> | Krankenpflegerische Ausbildungsabschnitte in der Ausbildung als |
| | | |
| | | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis über den Berufsabschluss <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung <input type="checkbox"/> Nachweis über die krankenpflegerischen Ausbildungsabschnitte |

| | | |
|----|--------------------------|--|
| 3. | <input type="checkbox"/> | Krankenpflegerische Tätigkeiten im Rahmen von Pflege- bzw. Klinikpraktika |
| | | als Nachweis ist beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis der Pflegedienstleitung unter Angabe der pflegerischen Tätigkeiten |

| | | |
|----|--------------------------|--|
| 4. | <input type="checkbox"/> | Sanitätsbereich der Bundeswehr oder vergleichbare Einrichtung |
| | | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Dienstzeitbescheinigung Bundeswehr / Kreiswehrrersatzamt <input type="checkbox"/> Nachweis Teilnahme Sanitätslehrgang I und / oder II <input type="checkbox"/> Bescheinigung über Dauer und Inhalt der Kliniktaetigkeit |

| | | |
|----|--------------------------|-----------------------------------|
| 5. | <input type="checkbox"/> | Freiwilliges soziales Jahr |
|----|--------------------------|-----------------------------------|

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| 5a. | <input type="checkbox"/> | im Krankentransport |
| | | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> detailliertes Zeugnis über pflegerische Tätigkeiten und <input type="checkbox"/> Vertrag über die Ableistung des freiwilligen sozialen Jahres |

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| 5b. | <input type="checkbox"/> | auf der Bettenstation eines Krankenhauses |
| | | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis der Pflegedienstleitung und <input type="checkbox"/> Vertrag über die Ableistung des freiwilligen sozialen Jahres |

| | | |
|-----|--------------------------|--|
| 5c. | <input type="checkbox"/> | Freiwilliges soziales Jahr im Altenpflegeheim / Behindertenheim |
| | | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis der Pflegedienstleitung unter Angabe der pflegerischen Tätigkeiten und <input type="checkbox"/> Vertrag über die Ableistung des freiwilligen sozialen Jahres |

6. **Bundesfreiwilligendienst (ehem. Zivildienst) i**

| | |
|------------|--|
| 6a. | <input type="checkbox"/> im Krankentransport |
| | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis über pflegerische Tätigkeiten und <input type="checkbox"/> Dienstzeitbescheinigung vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) |

| | |
|------------|--|
| 6b. | <input type="checkbox"/> auf der Bettenstation eines Krankenhauses |
| | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis der Pflegedienstleitung und <input type="checkbox"/> Dienstzeitbescheinigung vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) |

| | |
|------------|---|
| 6c. | <input type="checkbox"/> in einem Altenpflegeheim / Behindertenheim |
| | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> detailliertes Zeugnis mit Tätigkeitsbeschreibung und Angabe der Bettenzahl <input type="checkbox"/> Dienstzeitbescheinigung vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) |

| | |
|-----------|---|
| 7. | <input type="checkbox"/> Krankenpflegedienst im Ausland |
| | Voraussetzung: Einsatz muss auf der Bettenstation eines Krankenhauses unter denselben Bedingungen wie der inländische Krankenpflegedienst erfolgen. |
| | als Nachweis sind beigefügt: <input type="checkbox"/> Zeugnis der Pflegedienstleitung oder der Leitung der Klinik, in welcher der Einsatz erfolge unter Angabe der Einsatzdauer und der ausgeübten Tätigkeiten in der jeweiligen Landessprache und in deutscher Übersetzung oder <input type="checkbox"/> Zeugnis über den Krankenpflegedienst im Ausland |

Hinweise:

Die erforderlichen Bescheinigungen / Zeugnisse sind im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie einzureichen.

Ihrem Antrag ist noch hinzuzufügen:

- die Immatrikulationsbescheinigung – in amtlich beglaubigter Kopie) – bzw.
- eine Geburtsurkunde (falls mit dem Medizinstudium noch nicht begonnen wurde) – im Original – und
- der Nachweis der Hochschulreife (falls der Krankenpflegedienst vor Beginn des Medizinstudiums abgeleistet wurde) – in amtlich beglaubigter Kopie –.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift