

Antrag auf Ausstellung einer Zweitschrift der Erlaubnisurkunde

Zweitschrift bei inländischer Ausbildung
Gesundheitsfach-/ Pflegeberufe und soziale Berufe

An das

Regierungspräsidium Stuttgart

Referat 95 – Sachgebiet 3 –

Ruppmannstr. 21

70565 Stuttgart

– bitte digital oder
lesbar in Druckschrift
ausfüllen –

Zuständig für die Ausstellung der Zweitschrift ist das Regierungspräsidium Stuttgart nur, sofern das Original-Dokument ebenfalls vom Regierungspräsidium Stuttgart ausgestellt wurde !

Persönliche Angaben

<i>Nachname, Vorname/n</i>	<i>ggf. Geburtsname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
<i>Name zum Zeitpunkt der Urkundenausstellung</i>	<i>Geburtsort</i>	<i>Geschlecht</i>
<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>Wohnort</i>	<i>Postleitzahl</i>
<i>E-Mail-Adresse</i>		

Angaben zu Ausbildung und Beruf

<i>Berufsbezeichnung</i> ^{1 – siehe S. 4}	
<i>Wirkungsdatum der originalen Erlaubnisurkunde</i>	
<i>Name der Behörde, welche die Urkunde ausgestellt hat</i>	
<i>Ausbildungsbeginn</i>	<i>Ausbildungsende</i>
<i>Name der Schule</i>	<i>Ort der Schule</i>

Einzureichende Unterlagen

<input type="checkbox"/> eine aktuelle Kopie des amtlichen Identitätsausweises habe ich diesem Antrag beigelegt (z.B. Personalausweis, Reisepass, ...)
<input type="checkbox"/> (ggf.) eine Kopie der Urkunde über die Namensänderung habe ich hier beigelegt (falls seit der Erteilung der Erlaubnisurkunde eine Änderung Ihres Namens erfolgt ist – z.B. Heiratsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch oder Personalausweis)
<input type="checkbox"/> Das von meinem behandelnden Arzt vollständig ausgefüllte ärztliche Zeugnis ² habe ich hier beigelegt <small>2– siehe Vordruck auf Seite 3</small>

von der Behörde auszufüllen →

Prüfdatum:

Nachname	Vorname/n	Geburtsdatum
-----------------	------------------	---------------------

wichtige Hinweise

Der Antrag ist uns zusammen mit den o.g. Unterlagen **gesammelt postalisch *oder* in lesbarer Richtung** eingescannt in **einem PDF-Dokument per Mail** an SG3Gesundheitsfachberufe@rps.bwl.de zu übermitteln. Da die Erlaubnisurkunde nur einmal ausgestellt wird, um eine etwaige missbräuchliche Verwendung durch Dritte auszuschließen, können wir Ihnen aus diesem Grund lediglich eine **gebührenpflichtige Zweitschrift** ausstellen. Diese Zweitschrift tritt dann an die Stelle der in Verlust geratenen Originalurkunde. Sofern die Urkunde erheblich beschädigt wurde, bitten wir um Übersendung des Originals.

Das ärztliche Zeugnis und die Erklärung dürfen bei der Ausstellung der Zweitschrift der Urkunde nicht älter als 3 Monate sein.

Die Anforderung eines aktuellen Führungszeugnisses der Belegart „OB“ bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Die Gebühr für die Ausstellung einer Zweitschrift beträgt aktuell 50,00 € (für Helfer-Ausbildungen 30,00 €). Die Rechnung wird Ihnen zusammen mit der ausgestellten Zweitschrift postalisch übermittelt.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise zum Datenschutz bei Referat 95 – Landesprüfungsamt und Anerkennungsstelle für Gesundheitsberufe des Regierungspräsidiums Stuttgart.

https://rp.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/RP-Internet/Stuttgart/Abteilung_9/Referat_95/DocumentLibraries/Documents/Datenschutz_Grundverordnung_2018.pdf

Zutreffendes bitte ankreuzen / ausfüllen

<input type="checkbox"/>	Ich versichere, dass gegen mich sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch im Ausland keine berufs- bzw. disziplinarrechtlichen Maßnahmen getroffen oder eingeleitet wurden.
<input type="checkbox"/>	Ich versichere, dass gegen mich sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch im Ausland kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren anhängig war oder ist.
<input type="checkbox"/>	Die Urkunde wurde mir nicht vom Regierungspräsidium Stuttgart oder einer anderen Behörde entzogen/widerrufen oder zurückgenommen.
<input type="checkbox"/>	Die Ausbildung habe ich erfolgreich in Deutschland absolviert.
<input type="checkbox"/>	persönliche Erklärung , dass Ihre Erlaubnisurkunde zum Führen einer Berufsbezeichnung nicht mehr auffindbar ist (Gründe hierfür sind anzugeben):

2

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und ich alles gelesen und verstanden habe.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------

– Die Antragsunterlagen dürfen bei der Ausstellung der Zweitschrift nicht älter als drei Monate sein –

Nachname	Vorname/n	Geburtsdatum
----------	-----------	--------------

Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs²

Hiermit bescheinige ich, dass

Frau / Herr:	
geboren am:	

heute von mir untersucht wurde. Sie / er ist **nicht** in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung ...

...des Berufes*: ungeeignet.	
(*der zutreffende Beruf ist hier bitte zu nennen)	

3

Bemerkung:

<p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift der Ärztin / des Arztes</p>	<div style="border: 2px solid orange; width: 100%; height: 100%;"></div> <p><i>Praxisstempel</i></p>
---	--

- Das Ärztliche Zeugnis darf bei der Ausstellung der Zweitschrift der Urkunde nicht älter als drei Monate sein. -

Nachname	Vorname/n	Geburtsdatum
-----------------	------------------	---------------------

¹ inländische Ausbildung
Gesundheitsfach-/ Pflegeberufe und soziale Berufe

*Dieser Antrag gilt ausschließlich für folgende im **Inland** abgeschlossene Ausbildungen:*

<input type="checkbox"/> Alltagsbetreuer/in
<input type="checkbox"/> Altenpfleger/in
<input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in
<input type="checkbox"/> Arbeitserzieher/in
<input type="checkbox"/> Podologin / Podologe
<input type="checkbox"/> Diätassistent/in
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
<input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in
<input type="checkbox"/> Krankenschwester / Krankenpfleger
<input type="checkbox"/> Haus- und Familienpfleger/in
<input type="checkbox"/> Hebamme / Entbindungspfleger
<input type="checkbox"/> Heilerziehungsassistent/in
<input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger/in
<input type="checkbox"/> Heilpädagogin / Heilpädagoge
<input type="checkbox"/> Jugend- und Heimerzieher/in
<input type="checkbox"/> Logopädin / Logopäde
<input type="checkbox"/> Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in
<input type="checkbox"/> Medizinisch-Technische/r Laboratoriumsassistent/in
<input type="checkbox"/> Medizinisch-Technische/r Radiologieassistent/in
<input type="checkbox"/> operationstechnische/r Assistent/in
<input type="checkbox"/> anästhesietechnische/r Assistent/in
<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau / Pflegefachmann (Generalistik)
<input type="checkbox"/> Vertiefung: Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
<input type="checkbox"/> Vertiefung: Altenpfleger/-in
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in
<input type="checkbox"/> Krankengymnast/in