

# Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

## Ausbildung in einem Drittstaat

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
IV A 4  
Postfach 31 09 29  
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung als

|  |  |
|--|--|
| Pflegefachfrau/Pflegefachmann/Pflegefachperson                 | Altenpfleger/in  |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in                             | Diätassistent/in   |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in                       | Hygienekontrolleur/in                                    |
| Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in                        | Desinfektor/in   |
| Physiotherapeut/in   | Hufbeschlagschmied/in                                    |
| Hebamme  | Kardiotechniker/in                                       |
| Medizinisch-technische(r) Assistent/in für Funktionsdiagnostik | Notfallsanitäter/in                                      |
| Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistent/in            | Mediz. Sektions- und Präparationsassistent/in            |
| Medizinisch-technische(r) Radiologieassistent/in               | Heilerziehungspflegerin/-pfleger                         |
| Pharmazeutisch-technische(r) Assistent/in                      | Familienpflegerin/-pfleger                               |
| Masseur/in und medizinische(r) Bademeister/in                  | Orthoptistin/Orthoptist                                  |
| Podologin/Podologe   | Anästhesietechnische(r) Assistentin/Assistent            |
| Ergotherapeut/in   | Operationstechnische(r) Assistentin/Assistent            |
| Logopädin/Logopäde   | Veterinärmedizinisch-technische(r) Assistentin/Assistent |

Familienname

Namenszusätze (von, de usw.)

Vornamen

Geburtsdatum

Straße/Platz Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Ich erkläre, dass

ich in keinem anderen Bundesland die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung beantragt habe, ich  
bisher nicht an einer Kenntnisprüfung oder einem Anpassungslehrgang teilgenommen habe,  
ich an einer Kenntnisprüfung oder einem Anpassungslehrgang

im Bundesland

teilgenommen habe,

gegen mich ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches und/oder berufsrechtliches Ermittlungsverfahren  
nicht anhängig ist,

anhängig ist. Aktenzeichen:

bei:

Ich erkläre, dass

ich auf die Gleichwertigkeitsprüfung meiner Ausbildung verzichte und mich verbindlich zur Teilnahme an einer Ausgleichsmaßnahme in Form einer Kenntnisprüfung oder eines Anpassungslehrganges bereit erkläre.

Die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung ist gebührenpflichtig. Über die Höhe der Gebühr erhalte ich einen gesonderten Bescheid. Bei Antragstellung aus dem Ausland erfolgt die Bearbeitung erst nach Eingang der Gebühr.

Ich bezahle die Verwaltungsgebühr

durch Überweisung

durch Lastschriftinzug

Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen.

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Ich bestätige die Kenntnisnahme der folgenden Datenschutzerklärung:**

#### **Datenschutzerklärung**

Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Die Daten werden elektronisch und/oder in Papierform gespeichert. Die Datenschutzerklärung des Referates IV A (Landesprüfungsamt; Anerkennung ausländischer Gesundheitsberufe) des LAGeSo beruht auf den Begrifflichkeiten, die durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber beim Erlass der Datenschutz-Grundverordnung verwendet wurden.

#### **1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen**

LAGeSo/Landesprüfungsamt Berlin

Referat IV A

Anschrift: Turmstraße 21, 10559 Berlin

#### **2. Name und Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten**

ZSL DSB

Tel.: 030-90229-1209

Mail: [Datenschutz@lageso.berlin.de](mailto:Datenschutz@lageso.berlin.de)

#### **3. Rechte der betroffenen Person (Auskunft, Berichtigung, Löschung)**

Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über die zu ihrer Person verarbeiteten Daten.
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung.
- Das Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.
- Das Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen.

#### **4. Rechtsgrundlage der Verarbeitung**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. e Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) i.V.m. dem Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten bzw. der Vernichtung der Akten orientiert sich an den verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten. In Angelegenheiten der Berufszulassungsregelungen (Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung) beträgt die Aufbewahrungszeit 80 Jahre.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(eigenhändige) Unterschrift