

## **Merkblatt:**

### **Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ Pflegefachfrau nach § 2 PflBG bei ausländischem Abschluss – Abschluss der Ausbildung innerhalb der Europäischen Union –**

Wenn Sie in der Bundesrepublik Deutschland unbeschränkt und dauerhaft in Ihrem Beruf tätig werden möchten, benötigen Sie eine **Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ Pflegefachfrau**.

Die **Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ Pflegefachfrau** wird unabhängig von Ihrer Staatsangehörigkeit erteilt, wenn

- Sie die Mindestvoraussetzungen zur Feststellung der **Gleichwertigkeit** für den Beruf des Pflegefachmannes/ der Pflegefachfrau im Gesundheitswesen nach dem Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz-PflBG) in Verbindung mit der Richtlinie 2005/36/EG der Europäischen Union erfüllen.
- Sie sich nicht eines **Verhaltens** schuldig gemacht haben, aus dem sich Ihre Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt.
- Sie zur Ausübung des Berufs **gesundheitlich nicht ungeeignet** sind.
- Sie über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen **Kenntnisse der deutschen Sprache, sowie Fachsprache** verfügen. Sollten die erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache für den Beruf nicht vorliegen, werden Sie nach Einreichung Ihrer Unterlagen darüber informiert. Sie haben dann die Möglichkeit eine gebührenpflichtige **Fachspracheprüfung** an einer Pflegeschule Ihrer Wahl abzulegen und dies der Bezirksregierung nachzuweisen.

### **Für den Antrag werden die folgenden Unterlagen benötigt:**

Die Unterlagen sind grundsätzlich in Form einer amtlich beglaubigten Kopie der deutschen Übersetzung vorzulegen:

1. Schriftlicher, persönlich unterschriebener Antrag in deutscher Sprache auf Erteilung zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ Pflegefachfrau (Datum und Unterschrift; **Anlage 1**),
2. Identitätsnachweis (z. B. Reisepass oder Ausweis). Der Nachweis soll mindestens den Namen, das Geburtsdatum, den Geburtsort und ein Lichtbild enthalten; Daten, die nicht zur Identifizierung benötigt werden, können auf der Kopie geschwärzt werden,
3. Bei Namensänderung: Nachweis / Urkunde über die Änderung des Namens,
4. Bei bereits längerem Aufenthalt von mehr als sechs Monaten in Deutschland ein Führungszeugnis der Belegart „OE“. (Antragsdatum nicht älter als 3 Monate) Es ist zu beantragen unter Vorlage **des Bescheides über die Gleichwertigkeit und des angehängten Antrages** beim zuständigen Einwohnermeldeamt. Bitte unbedingt den

Verwendungszweck „Dezernat 24 – Pflegeberufe“ sowie die Adresse der zuständigen Bezirksregierung angeben. Der Beleg über die Beantragung des Führungszeugnisses ist dem Antrag beizufügen.

5. Aktuelle ärztliche Bescheinigung über Ihre gesundheitliche Eignung zur Ausübung Ihres Berufs (**Anlage 2**) oder ein alternativer Nachweis Ihres Herkunftsmitgliedstaates gem. § 48 Abs. 4 S. 2 PflAPrV
6. Strafregisterauszüge aus allen Ländern, in denen Sie sich innerhalb der letzten 5 Jahre aufgehalten haben,
7. Bescheinigung über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift, sowie Fachsprachekenntnisse eines Sprachinstitutes; Stufe B 2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmes für Sprachen (GER) oder andere Qualifikationen.
8. Bescheid über die **Feststellung der Gleichwertigkeit**

Im Einzelfall kann die Vorlage weiterer Unterlagen notwendig sein.

**Zuständigkeitsbereich:**

Zuständig für die Bearbeitung Ihres Antrages ist die Bezirksregierung, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben. Sollten Sie Ihren Wohnsitz nicht in Deutschland haben, ist der Ort Ihrer zukünftigen Arbeitsstätte relevant.

**Antragsform:**

Bitte reichen Sie Ihre Antragsunterlagen postalisch ein. Eine Bearbeitung per E-Mail übersandter Unterlagen ist nicht möglich.

**Sprechzeiten:**

Eine telefonische und persönliche Beratung im Rahmen der Bearbeitung auf Erteilung zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ Pflegefachfrau findet momentan nicht statt. Die Anträge werden der Reihenfolge nach abgearbeitet. Ihre Sachbearbeiterin/Ihr Sachbearbeiter wird Sie kontaktieren, wenn Nachfragen im Verfahren entstehen. Wir bitten um Verständnis.

**Postanschriften:**

Bezirksregierung Arnsberg  
Dezernat 24 - Pflegeberufe  
Seibertzstr. 1  
59821 Arnsberg

Bezirksregierung Detmold  
Dezernat 24 - Pflegeberufe  
Leopoldstr. 15  
32756 Detmold

Bezirksregierung Düsseldorf  
Dezernat 24 – Pflegeberufe  
Cecillienallee 2  
40474 Düsseldorf

Bezirksregierung Köln  
Dezernat 24 - Pflegeberufe  
Zeughausstraße 2-10  
50667 Köln

Bezirksregierung Münster  
Dezernat 24 - Pflegeberufe  
Domplatz 1-3  
48143 Münster

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

An die  
Bezirksregierung  
Dezernat 24 - Pflegeberufe

(Anschrift bitte aus Merkblatt übertragen)

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung  
Pflegefachmann / Pflegefachfrau  
nach § 2 PfIBG bei ausländischem Abschluss (EU/ERW) – Anlage 1**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, mir die **Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung**  
( ) „staatlich anerkannte/r **Pflegefachmann / Pflegefachfrau**“ zu erteilen.

1. Die Befugnis zur Aufnahme oder Ausübung wird für den Beruf der/s staatlich  
anerkannten Pflegefachmann / Pflegefachfrau auf Grund einer im Ausland, und zwar  
in \_\_\_\_\_ (Land), erworbenen Berufsqualifikation als

\_\_\_\_\_  
(Berufsbezeichnung in deutscher Sprache und in der des Ausbildungsstaates)  
beantragt.

**2. Personenbezogene Angaben**

Name: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ ( ) männlich ( ) weiblich ( ) divers

**3. Persönliche Eignung**

Ich habe  
( ) ein erweitertes Führungszeugnis (Belegart „OE“) zur Vorlage bei einer Behörde  
( ) ein Strafregisterauszug in meinem Herkunftsland  
beantragt.

( ) Ich erkläre, dass ich nicht vorbestraft bin.

Ich erkläre, dass derzeit gegen mich kein Straf- oder Ermittlungsverfahren anhängig ist.

#### **4. Erklärungen**

Ich versichere, dass ich

meinen Wohnsitz im Regierungsbezirk \_\_\_\_\_ habe und im Besitz einer gültigen Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung bin oder

meine zukünftige Arbeitsstätte im Regierungsbezirk \_\_\_\_\_ liegt.

Die Erlaubnis zur Befugnis über die Aufnahme oder Ausübung meines Berufs wurde bislang in meinem Heimatland bzw. im Ausbildungsland nicht widerrufen.

Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und mir bewusst ist, dass falsche oder unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

**Ich bin darüber informiert, dass bei der Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachmann / Pflegefachfrau gemäß des Verwaltungsgebührengesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen eine Verwaltungsgebühr von 60,00€ erhoben wird.**

Ich bitte, mir die Erlaubnis nach § 1 PflBG zu erteilen.

#### **Die sonstigen für den Antrag erforderlichen Unterlagen sind beigefügt:**

Bescheid über die Feststellung der Gleichwertigkeit

Identitätsnachweis (beglaubigte Kopie des gültigen Ausweises/Passes/Aufenthaltstitels)

Beleg über die Beantragung eines Führungszeugnisses. Das polizeiliche Führungszeugnis nach Belegart „OE“ habe ich bei der zuständigen Gemeinde-/Stadtverwaltung beantragt. Es geht der Bezirksregierung \_\_\_\_\_, Dezernat 24, Postfach \_\_\_\_\_ in gesonderter Post zu.

aktueller Strafregisterauszug Ihres Herkunftslandes

ausgefülltes Gesundheitszeugnis der **Anlage 2** oder ein Nachweis gem. § 48 Abs. 4 S.2 PflAPrV

Nachweis über die erforderlichen Deutschkenntnisse zur Ausübung des Berufs; z.B. Prüfungszertifikat einer Fachschule nach dem EU-Referenzrahmen

Sonstiges:

---

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin oder des Antragstellers

## Gesundheitszeugnis (Anlage 2)

Frau / Herr \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_ wurde

heute von mir untersucht.

Hiermit bescheinige ich, dass o.g. Patient in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Pflegeberufes nicht ungeeignet ist.

_____, den _____	_____
Ort	Datum
Untersuchung	Praxisstempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes, die/der die durchgeführt hat