

Certificate of Good Standing/Certificate of Current Professional Status

Unbedenklichkeitsbescheinigung bei inländischer Ausbildung
Gesundheitsfach-/ Pflegeberufe und soziale Berufe

An das
Regierungspräsidium Stuttgart
Referat 95.1 – Sachgebiet 2 –
Ruppmannstr. 21
70565 Stuttgart



Zuständig für die Ausstellung der Bescheinigung ist das Regierungspräsidium Stuttgart nur, sofern der Ort der letzten Beschäftigung innerhalb des Regierungsbezirks Stuttgart liegt bzw. lag !

Persönliche Angaben

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

Angaben zu Ausbildung und Beruf

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <i>Berufsbezeichnung</i> ^{1 – siehe S. 3} | <i>Wirkungsdatum der Erlaubnisurkunde</i> |
| <i>Behörde, welche die Urkunde ausgestellt hat</i> | <i>Bundesland der Behörde</i> |
| <i>Ausbildungsbeginn</i> | <i>Ausbildungsende</i> |
| <i>Name der Schule</i> | <i>Ort der Schule</i> |
| <i>Letzte bzw. aktuelle Ausübung (s. Hinweise) in diesem Beruf innerhalb Deutschlands...</i> | |
| <i>Letzte/r Arbeitgeber/in</i> | <i>Letzter Arbeitsort mit PLZ</i> |

Einzureichende Unterlagen

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aktuelle amtlich beglaubigte Kopie der Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung Beglaubigungsdatum nicht älter als 1 Monat (z.B. von Gemeindeverwaltung/Notar) |
| <input type="checkbox"/> Kopie Zeugnis (Abschlusszeugnis / Prüfungszeugnis zum Ende der Ausbildung) |
| <input type="checkbox"/> Kopie einfache/kurze Arbeitsbescheinigung oder Arbeitszeugnis des aktuellen bzw. letzten Arbeitgebers in Deutschland, aus welcher Arbeitgeber, Zeit und Ort der Beschäftigung ersichtlich wird |
| <input type="checkbox"/> Kopie amtlicher Identitätsausweis (z.B. Personalausweis, Reisepass, ...) |
| <input type="checkbox"/> bei Namensänderung seit Erteilung der Urkunde: Kopie der Urkunde über die Namensänderung z.B. Heiratsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch |

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

wichtige Hinweise

Die Zuständigkeit für die Ausstellung der Bescheinigung richtet sich nach dem **Ort der letzten Beschäftigung**. Das Regierungspräsidium Stuttgart ist innerhalb Baden-Württembergs nur zuständig, wenn der letzte Ort der Beschäftigung **im Regierungsbezirk Stuttgart** lag oder, sofern noch keine Berufstätigkeit vorliegt, die Ausbildung im Regierungsbezirk Stuttgart absolviert wurde. Das Regierungspräsidium Stuttgart ist **nicht** für ganz Baden-Württemberg zuständig – auch die **Regierungspräsidien Freiburg, Karlsruhe und Tübingen stellen Bescheinigungen aus**.

Der Antrag ist uns zusammen mit den o.g. Unterlagen gesammelt in lesbarer Richtung eingescannt in **einem PDF-Dokument per Mail** an Gesundheitsfachberufe@rps.bwl.de **oder postalisch** zu übermitteln.

Die Ausstellung der Bescheinigung ist gebührenpflichtig (derzeit 50,00 €). Die Gebühr wird durch Rechnung erhoben. Die Geltungsdauer dieser Bescheinigung ist bei ausländischen Behörden oft auf 3 Monate (ab dem Ausstellungsdatum) beschränkt. Falls diese Bescheinigung von uns direkt an die ausländische Behörde gesandt werden soll, senden wir Ihnen ein zweites Exemplar mit dem Gebührenbescheid an Ihre deutsche Privatanschrift.

Sollte gegen Sie ein Verfahren vorliegen / eine Maßnahme eingeleitet worden sein oder wurde Ihnen die Berufsurkunde entzogen, bitten wir Sie um eine ausführliche schriftliche Stellungnahme. Die Anforderung eines aktuellen Führungszeugnisses der Belegart „OB“ bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise zum Datenschutz bei Referat 95.1 – Landesprüfungsamt 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

| | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ich beantrage die Bescheinigung in... | |
| <input type="checkbox"/> deutscher Sprache <u>oder</u> | <input type="checkbox"/> englischer Sprache* * derzeit nur für Altenpflege / Krankenpflege |
| <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 Deutschland als auch im Ausland kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren anhängig ist, die Inhalt eines deutschen erweiterten Führungszeugnisses ist oder werden könnte. |
| <input type="checkbox"/> | Die Urkunde wurde mir nicht vom Regierungspräsidium Stuttgart oder einer anderen Behörde entzogen/widerrufen oder zurückgenommen. |
| Anmerkungen / Notizen: | |
| | |

2

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

| | |
|--------------|---------------------|
| Datum | Unterschrift |
| | |

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