

Antrag auf Ausstellung einer Zweitschrift der Erlaubnisurkunde

Zweitschrift 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 Zweitschrift der Urkunde ist das Regierungspräsidium Stuttgart nur, sofern Erlaubnisurkunde ebenfalls vom Regierungspräsidium Stuttgart ausgestellt wurde !

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. 4}	<i>Wirkungsdatum der Erlaubnisurkunde</i>
<i>Behörde, welche die Urkunde ausgestellt hat</i>	
<i>Ausbildungsbeginn</i>	<i>Ausbildungsende</i>
<i>Name der Schule</i>	<i>Ort der Schule</i>

1

Einzureichende Unterlagen

<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
<input type="checkbox"/> Kopie Zeugnis , falls vorhanden (Abschlusszeugnis / Prüfungszeugnis zum Ende der Ausbildung)
<input type="checkbox"/> Kopie Erlaubnisurkunde , falls vorhanden

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

wichtige Hinweise

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. 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“ und eines aktuellen ärztlichen Zeugnisses 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 95.1 – 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

<input type="checkbox"/> Ich versichere, dass ich in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des auf Seite 1 genannten Berufes bin.
<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.
<input type="checkbox"/> Die Ausbildung habe ich erfolgreich in Deutschland im Regierungsbezirk Stuttgart absolviert.
<input type="checkbox"/> persönliche Erklärung , warum Ihre Erlaubnisurkunde zum Führen einer Berufsbezeichnung nicht mehr auffindbar ist (Gründe hierfür sind anzugeben): _____ _____ _____

2

Ich beantrage hiermit die Ausstellung einer Zweitschrift der Erlaubnisurkunde und 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
-----------------	------------------	---------------------

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	<input type="checkbox"/> pharmazeutisch-Technische/r Assistent/in