

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
PF 16 11 61  
18024 Rostock

## Antrag auf Zulassung zur staatlichen Prüfung in der Fachweiterbildung

### I. Angaben zur Person

Nachname		
Vorname		
Aktuelle Meldeadresse*	Straße/Nr.	
	PLZ/ Ort	
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		
Anschrift der Weiterbildungsstätte		

\*) Bitte die Anschrift angeben, unter der Sie während des Prüfungszeitraumes erreichbar sind

### II. Antrag

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur staatlichen Prüfung für

Die für die Zulassung erforderlichen Nachweise füge ich meinem Antrag bei (*Zutreffendes bitte ankreuzen!*):

- Erlaubnis über die staatliche Anerkennung bzw. Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem **Pflegeberufegesetz**, dem **Krankenpflegegesetz** oder dem **Altenpflegegesetz** (*amtlich beglaubigte Abschrift bei DDR-Abschlüssen und wenn die Erlaubnis in einem anderen Bundesland erworben wurde!*)
- alternativ bei der Fachweiterbildung **Atmungstherapie** die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz, dem Gesetz über den Beruf des Logopäden oder nach dem Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (*amtlich beglaubigte Abschrift, wenn die Erlaubnis in einem anderen Bundesland erworben wurde!*)

- Bescheinigung der Weiterbildungsstätte über die Modulprüfung bzw. über die erfolgreiche und regelmäßige Teilnahme am theoretischen Unterricht (Original)
  - Bescheinigung der Weiterbildungsstätte über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an der praktischen Weiterbildung (Original)  
Bescheinigung der Weiterbildungsstätte über die Bewertung der Hausarbeit (Original)  
ggf. Anrechnungsbescheid vom Landesprüfungsamt für Heilberufe (einfache Kopie)
- Geburtsurkunde, bei Verheirateten die Eheurkunde oder bei Lebenspartnern die Lebenspartnerschaftsurkunde (einfache Kopie) – *nur bei der Weiterbildung in der Sozialpsychiatrie*
- Nachweis über Änderung der Namensführung (einfache Kopie, sofern der Name auf der Erlaubnis und der jetzige Name nicht übereinstimmen)

---

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift