

Formular: Nachweis hauptberufliche Tätigkeit als

## Rettungsassistent/in

zur Erfassung der Zulassungsvoraussetzungen für die Ergänzungsprüfung als Notfallsanitäter/in

### Persönliche Daten:

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Adresse</b>	<b>Wohnort</b>
<b>Telefonnummer</b>	<b>Email-Adresse</b>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Datum Ausstellung RettAss Urkunde</b>

### Angaben zum/zur aktuellen (letzten) Arbeitgeber/Organisation:

<b>Name</b>	<b>Adresse</b>
<b>Ansprechpartner(-in):</b>	<b>PLZ Ort</b>

- Liegt eine Beauftragung für die Notfallrettung im öffentlichen Rettungsdienst oder Genehmigung zur Notfallrettung nach §§ 18 ff. RettG NRW vor?  
 ja    nein
- Ist die Qualifikation als Rettungsassistentin/ Rettungsassistent Voraussetzung für die Beschäftigung in dem Tätigkeitsbereich des Arbeitnehmers in Ihrem Unternehmen/Ihrer Organisation  
 ja    nein

<b>Ort, Datum</b>	<b>Stempel/Unterschrift aktuelle(r)/ letze(r) Arbeitgeber/Organisation</b>

**Formular: Nachweis Berufstätigkeit – Arbeitsstätten:**

Bitte tragen Sie Ihre hauptberufliche Tätigkeit als Rettungs-assistentin/Rettungsassistent in die Tabelle ein. Beachten Sie, dass hier nur die Tätigkeiten eingetragen werden dürfen, die die Bedingungen „Hauptberufliche Tätigkeit“ dieses Erlasses, d.h. überwiegende Tätigkeit als RettAss nach RettG(Einsatz auf NEF, RTH, RTW, ITH und Leitstelle mit der Beauftragung für die Notfallrettung im öffentlichen Rettungsdienst nach §§ 18ff. RettG NRW) erfüllen.

Zeitraum d. Anstellung (Monat/Jahr)  von - bis		Dauer in Monaten	Umfang der Beschäftigung  (z.B. 50%, 100% etc.)	Arbeitgeber/Organisation mit Anschrift	Unterschrift/Stempel  Arbeitgeber/Organisation (oder als Anlage entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen)
<b>Summe</b>					

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben entsprechend der Vorgaben.

<b>Datum, Ort</b>	<b>Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller</b>

## Anlage 2

An den Vorsitzenden der Prüfungsausschüsse für Gesundheitsberufe  
Gesundheitsamt Stadt Dortmund  
Hoher Wall 9-11  
44137 Dortmund

über die Schulleitung der

ResQuality GmbH  
Märkische Straße 227  
44141 Dortmund

Sehr geehrte Prüfungsvorsitzende,  
sehr geehrter Prüfungsvorsitzender,

hiermit beantrage ich

,	
<b>Name, Vorname</b>	<b>Geboren am</b>
<b>Anschrift</b>	<b>PLZ Ort</b>

meine Zulassung zur Ergänzungsprüfung zum/zur Notfallsanitäter/in  
im Zeitraum:  
(§ 6 Abs. 1 NotSan AprV.)

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Zulassung zur Prüfung nur dann erfolgt, wenn alle  
Unterlagen fristgerecht der Rettungsschule vorgelegen haben.

Dem Antrag füge ich bei:

1. Nachweis der beruflichen Tätigkeit (Anlage 1) bei Fallgruppe EP 1 und EP 2)
2. Zuweisung der zuständigen Behörde (Nur bei EP 1)
3. Amtlich beglaubigte Kopie des Personalausweises/Reisepasses
4. Amtlich beglaubigte Kopie der Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung  
Rettungsassistentin/ Rettungsassistent

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich bisher an keiner anderen Rettungsdienstschule  
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland eine Ergänzungsprüfung zur Notfallsanitäterin / zum  
Notfallsanitäter absolviert habe.

Mir ist bekannt, dass bei einer falschen Aussage sich strafrechtliche Konsequenzen ergeben, die  
u. a. dazu führen, dass bei einem erfolgreichen Verlauf meiner Prüfung das Ergebnis annulliert  
und das Zeugnis hierüber im Nachhinein noch bis zu zehn Jahren nach dem Examen wieder  
zurückgenommen werden kann. Sollte es bereits zu einer Erlaubniserteilung gekommen  
sein, wird durch die dafür zuständige Behörde auch diese wegen arglistiger Täuschung  
zurückgenommen.

<b>Unterschrift des Antragstellers</b>	<b>Ort, Datum</b>

## Antrag auf Zuweisung an eine staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule

<b>Name der zuständigen Behörde</b>
<b>Abteilung</b>
<b>Anschrift (Straße)</b>
<b>PLZ/Ort</b>

### Angaben der Antragstellerin des Antragstellers

,	
<b>Name, Vorname des / des Antragstellers / Antragstellerin</b>	<b>geboren am      Geburtsort</b>
<b>Anschrift (Straße)</b>	<b>PLZ/Ort</b>

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Zuweisung zur Ergänzungsprüfung zur Notfallsanitäterin / zum Notfallsanitäter gem. § 4 Abs. 4 Satz 2 NotSan-APrV an folgende staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule:

<b>ResQuality GmbH</b> Philipp Utermann Märkische Straße 227 44141 Dortmund  Telefon (0231) 99 32 38 55 Telefax (0231) 99 32 38 56 Email info@resquality.de
--

<b>Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin</b>	<b>Ort/ Datum</b>

	<b>Hinweis:</b> Die örtlich zuständige Behörde ergibt sich aus den entsprechenden Regelungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes. Regelmäßig wird sich die örtliche Zuständigkeit danach richten, wo der Antragsteller seinen Beruf ausübt und wenn dieses nicht zutrifft nach dem Wohnortprinzip.
<b>Arbeitgeber</b>	
<b>Anschrift (Straße)</b>	
<b>PLZ/Ort</b>	

# Zuweisung an eine staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule

ResQuality GmbH  
Märkische Straße 227  
44141 Dortmund

Sehr geehrte Damen und Herren,  
aufgrund des vorliegenden Antrages von

,	
<b>Name, Vorname des / des Antragstellers / Antragstellerin</b>	<b>geboren am    Geburtsort</b>
<b>Anschrift (Straße)</b>	<b>PLZ/Ort</b>

wird die Antragstellerin / der Antragsteller gem. § 4 Abs. 4 Satz 2 NotSan-APrV an die staatlich anerkannte Notfallsanitäterschule

ResQuality GmbH Philipp Utermann Märkische Straße 227 44141 Dortmund
---

zugewiesen.

---

Unterschrift und Stempel der zuständigen Behörde

## Anlage 6

### Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung: Notfallsanitäter/in)

<b>Vorname</b>	<b>Name</b>
<b>Anschrift</b>	<b>PLZ / Ort</b>
<b>Geburtstag</b>	<b>Geburtsort</b>

**Stadt Dortmund  
Gesundheitsamt  
Hoher Wall 9-11  
z.Hd. Frau Kalning  
44137 Dortmund**

über die Leitung der

**ResQuality GmbH  
Schulleitung Philipp Utermann  
Märkische Straße 227  
44141 Dortmund**

### Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung: Notfallsanitäter/in

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach bestandener Abschlussprüfung beantrage ich die Erteilung obengenannter Erlaubnis.

Dem Antrag füge ich bei:

- Kopie des Zeugnisses über die bestandene Prüfung
- ärztliches Attest meines Hausarztes über die Eignung (nicht älter als drei Monate)

Das erweiterte amtliche Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) wurde beim Einwohnermeldeamt beantragt und wird Ihnen direkt zugesandt.

Ich bitte um Übersendung der Berufserlaubnis gegen Rechnung (Verwaltungsgebühr 60,00 €).

Ich versichere, dass ich in den letzten drei Jahren nicht rechtskräftig verurteilt wurde, kein Strafverfahren gegen mich anhängig ist oder gegen mich ermittelt wird.

Mit freundlichen Grüßen

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

Hinweis: Bitte den Antrag nur mit vollständigen Belegen einreichen. Ein unvollständiger Antrag wird zurückgesandt.



**Stadt Dortmund**  
Der Oberbürgermeister

Stadt Dortmund

44122 Dortmund

Einwohnermeldeamt

Gesundheitsamt

Berufserlaubnisse/  
Heilpraktiker

Hoher Wall 9-11

Zimmer 5.06  
Kalning

Tel. 0231 50-23729

Fax 0231 50-10893

gesundheitsberufe@stadtdo.de

Datum:

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:  
Notfallsanitäter/in\***  
**Hier: Bescheinigung über die Anforderung eines erweiterten Führungszeugnisses gemäß  
§30a Abs. 2 BZRG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 30a Absatz 2 BZRG benötigen wir von der antragsstellenden Person:

Geburtsdatum: Geburtsort:

ein erweitertes Führungszeugnis für die Erteilung der o.g. Erlaubnis.

Diese Notwendigkeit ergibt sich aus dem § 30a Absatz 1, Ziffer 2b) (BZRG), welcher besagt, dass bei einer Tätigkeit, die geeignet ist, Kontakt zu Minderjährigen aufzunehmen, das oben genannte Führungszeugnis benötigt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag  
gez.

Kalnin

**Sie können mit uns sprechen:** montags und dienstags 8.00–12.00 Uhr  
donnerstags 13:00- 17.00 Uhr  
und nach Vereinbarung

**Sie erreichen uns:** mit allen Stadtbahnlinien Haltestelle Stadtgarten und mit der S-Bahn Bhf. Stadthaus

**Im Internet unter:** <http://www.dortmund.de>

Unverschlüsselte E-Mails können auf allen Internetstrecken unbefugt mitgelesen/verändert werden.  
Ausführliche Datenschutzinformationen der Stadt Dortmund finden Sie auf unserer Website unter  
[www.datenschutz.dortmund.de](http://www.datenschutz.dortmund.de)

**Unsere Bankverbindung:** IBAN DE65 4405 0199 0001 1244 47 BIC DORTDE33XXX

## Anlage 8

# Ärztliches Zeugnis zur Vorlage beim Gesundheitsamt der Stadt Dortmund zwecks Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung: Notfallsanitäter

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

<b>Name/ Vorname:</b>	,		
<b>Straße:</b>		<b>Hausnummer:</b>	
<b>PLZ:</b>		<b>Ort:</b>	
<b>Bundesland:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort</b>	

Die/Der Vorgenannte\* wurde heute von mir untersucht.

Nach meinen Feststellungen ist die/der Betreffende\* in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des oben genannten Berufes geeignet.

(Stempel des/der Arztes/Ärztin)

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der untersuchenden Arztes/Ärztin