

Anlage 1

Formular: Nachweis hauptberufliche Tätigkeit als

Rettungsassistent/ Rettungsassistent

zur Erfassung der Zulassungsvoraussetzungen für die Ergänzungsprüfung als
Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter

Persönliche Daten:

.....
Name:

.....
Vorname:

.....
Adresse:

.....
Wohnort:

.....
Telefonnummer:

.....
Email Adresse:

.....
Geburtsdatum

.....
Datum Ausstellung RettAss Urkunde

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

.....
Name:

.....
Straße

.....
Haus-Nr.:

.....
Ansprechpartner(-in):

.....
PLZ

.....
Ort

- 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

.....
Ort, Datum

.....
Stempel/Unterschrift aktuelle(r)/ letzte(r) Arbeitgeber/Organisation

Formular: Nachweis Berufstätigkeit – Arbeitsstätten:

Bitte tragen Sie Ihre hauptberufliche Tätigkeit als Rettungsassistentin/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)
Summe					

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

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

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

.....
Name, Vorname

.....
Geboren am

.....
Anschrift

meine Zulassung zur Ergänzungsprüfung zum/zur Notfallsanitäter/in am
..... 201 § 6 Abs. 1 NotSan AprV.

.....
Prüfungsdatum

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.

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Ort, Datum

Anlage 6

Name, Vorname

Anschrift

geboren am

Gesundheitsamt Stadt Dortmund
Hoher Wall 9-11
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

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:

Name, Vorname:

Anschrift:

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.
Kalning

**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:
Im Internet unter:**

mit allen Stadtbahnlinien Haltestelle Stadtgarten und mit der S-Bahn Bhf. Stadthaus
<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

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)

Name/ Vorname:			
Straße:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort:	
Bundesland:			
Geburtsdatum:		Geburtsort	

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