

# Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing



**Freie Hansestadt Bremen**  
**Die Senatorin für Gesundheit,**  
**Frauen und Verbraucherschutz**

Eingang der Unterlagen am:

## Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger:in                                       | <input type="checkbox"/> Medizinische/r Technolog:in für Radiologie         |
| <input type="checkbox"/> Anästhesietechnische/r Assistent:in                   | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent:in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut:in                                      | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Radiologie Assistent:in   |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in              | <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter:in                                |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegehelfer:in (g.A.)        | <input type="checkbox"/> Operationstechnische/r Assistent:in                |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger:in                    | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/-mann/-person                       |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger                            | <input type="checkbox"/> Pflegefachhelfer:in                                |
| <input type="checkbox"/> Logopäd:in  | <input type="checkbox"/> Pharmazeutisch-technische/r Assistent:in           |
| <input type="checkbox"/> Medizinische/r Technolog:in für Laboratoriumsanalytik | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut:in                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Rettungsanitäter:in                                |

► Aktenzeichen ◀ (nur durch die Behörde auszufüllen)

## 1. Angaben zur Person

- Frau       Herr       Person

Familiename, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Geburtsdatum	Geburtsort/-land		Staatsangehörigkeit
Telefon		E-Mail	
Land in dem das Certificate vorgelegt werden soll		Jetzige Beschäftigungsstelle	

## 2. Beizufügende Unterlagen:

- amtlich beglaubigte Kopie der Erlaubnisurkunde
- strafrechtliche Erklärung (siehe Seite 2 des Antrags)
- amtlich beglaubigte Kopie eines gültigen Personalausweises bzw. Reisepasses
- erweitertes polizeiliches Führungszeugnis (Belegart „OE“; Führungszeugnis für Behörden)
- ärztliche Bescheinigung (siehe Seite 3 des Antrags)
- Tätigkeitsnachweise mit der Angabe, wo Sie zuletzt in Deutschland gearbeitet haben

Das Certificate of good standing ist kostenpflichtig und wird mit € 52,00 in Rechnung gestellt.

**Bitte auf Seite 2 des Antrags unterschreiben!**

Bitte einreichen bei ▼

┌

┐

Die Senatorin für Gesundheit,  
Frauen und Verbraucherschutz  
Referat 20  
Faulenstraße 9/15  
28195 Bremen

└

┘

**1. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.**

- Ich versichere, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist oder war. Sollte ein Verfahren anhängig sein oder gewesen sein, werde ich den Grund für die Einleitung des Verfahrens und das Aktenzeichen, unter dem das Verfahren bei der ermittelnden Institution geführt wird, nachfolgend angeben.

Eine entsprechende Erklärung kann ich nicht abgeben, weil

---

Ort, Datum eigenhändige Unterschrift der antragstellenden Person

**Hinweis:**

Der Antrag kann erst bearbeitet werden, wenn das Antragsformular vollständig ausgefüllt ist **und** die erforderlichen Unterlagen vorliegen.

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf oder zur Ausübung eines Heilhilfsberufs

Vorname, Name .....

Geburtstag / Geburtsort .....

Straße / Ort .....

ist am.....von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die obengenannte Person in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des unten genannten Berufs nicht ungeeignet ist. <sup>1)</sup>

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger:in  | <input type="checkbox"/> Medizinische/r Technolog:in für Radiologie         |
| <input type="checkbox"/> Anästhesietechnische/r Assistent/-in Ergotherapeuti:in | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent:in |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in               | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Radiologie Assistent:in   |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegehelfer:in (g.A.)         | <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter:in                                |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger:in                     | <input type="checkbox"/> Operationstechnische/r Assistent:in                |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger                             | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/-mann/-person                       |
| <input type="checkbox"/> Logopäd:in   | <input type="checkbox"/> Pflegefachhelfer:in                                |
| <input type="checkbox"/> Medizinische/r Technolog:in für Laboratoriumsanalytik  | <input type="checkbox"/> Pharmazeutisch-technische/r Assistent:in           |
|   | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut:in                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Rettungsanitäter:in                                |

Besondere Hinweise:

.....  
.....  
.....

....., den .....

Ort

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

---

1) Eine entsprechende Bestätigung darf nicht ausgestellt werden, wenn eine auf einer Krankheit, Behinderung oder Sucht beruhende gesundheitliche Einschränkung so gravierend ist, dass sie die körperlichen und/oder geistigen Kräfte der/des Antragstellerin/Antragstellers in einer Weise schmälert, dass diese/r zu einer ordnungsgemäßen Ausübung des entsprechenden Berufs nicht befähigt ist.