

Merkblatt:

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme nach § 5 Hebammengesetz (HebG) bei ausländischem Abschluss

- **Abschluss der Ausbildung innerhalb der Europäischen Union -**

Wenn Sie in der Bundesrepublik Deutschland unbeschränkt und dauerhaft in Ihrem Beruf tätig werden möchten, benötigen Sie eine **Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme**.

Die **Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme** wird unabhängig von Ihrer Staatsangehörigkeit erteilt, wenn Sie

- die Mindestvoraussetzungen zur Feststellung der Gleichwertigkeit für den Beruf der Hebamme im Gesundheitswesen nach § 46 Abs. 1 HebG in Verbindung mit der Richtlinie 2005/36/EG der Europäischen Union erfüllen,
- sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich Ihre Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
- zur Ausübung des Berufs gesundheitlich nicht ungeeignet sind und
- über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache, sowie Fachsprache verfügen.

Für den Antrag werden die folgenden Unterlagen benötigt:

Die Unterlagen sind grundsätzlich in Form einer amtlich beglaubigten Kopie der deutschen Übersetzung vorzulegen:

1. Schriftlicher, persönlich unterschriebener Antrag in deutscher Sprache auf Erteilung zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme (**Anlage 1**),
2. Identitätsnachweis (z. B. Reisepass oder Ausweis). Der Nachweis soll mindestens den Namen, das Geburtsdatum, den Geburtsort und ein Lichtbild enthalten,
3. Bei Namensänderung: Nachweis / Urkunde über die Änderung des Namens,
4. Bei bereits längerem Aufenthalt von mehr als sechs Monaten in Deutschland ein Führungszeugnis der Belegart „OE“. (Antragsdatum nicht älter als 3 Monate)
Es ist zu beantragen unter Vorlage des Bescheides über die Gleichwertigkeit und des angehängten Antrages beim zuständigen Einwohnermeldeamt. Bitte unbedingt den Verwendungszweck „Dezernat 24, Hebammen“ sowie die Adresse der Bezirksregierung Detmold angeben.

5. Aktuelle ärztliche Bescheinigung über Ihre gesundheitliche Eignung zur Ausübung Ihres Berufs (**Anlage 2**),
6. Strafregisterauszüge aus allen Ländern, in denen Sie sich innerhalb der letzten 5 Jahre aufgehalten haben,
7. Bescheinigung über den Erwerb ausreichender Deutschkenntnisse, insbesondere Fachsprache, in Wort und Schrift auf dem Niveau B 2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmes für Sprachen (GER) oder gleichwertige Nachweise,
8. Bescheid über die Feststellung der Gleichwertigkeit der Bezirksregierung Münster

Im Einzelfall kann die Vorlage weiterer Unterlagen notwendig sein.

Name	Vorname
Straße	Telefon
Postleitzahl und Ort	E-Mail

Bezirksregierung Detmold
 - Dezernat 24 -
 Leopoldstr. 15
 32756 Detmold

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
 Hebamme
 nach § 5 HebG bei ausländischem Abschluss (EU/EWR)**

Hiermit beantrage ich die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme“.

Angaben zur Person:

Geburtsdatum:	
Geburtsort und -land:	
ggf. Geburtsname:	
Staatsangehörigkeit:	
Ausbildungsland:	

**Angaben zur persönlichen Eignung:
 Zutreffendes bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/>	Ich habe ein erweitertes Führungszeugnis (Belegart „OE“) zur Vorlage bei einer Behörde beantragt.
<input type="checkbox"/>	Ich habe einen Strafregisterauszug in meinem Herkunftsland beantragt.
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass ich nicht vorbestraft bin.
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre, dass derzeit kein Straf- oder Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist.

<input type="checkbox"/>	Ich versichere, dass ich meinen Wohnsitz im Regierungsbezirk Detmold habe und im Besitz einer gültigen Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung bin
	<u>oder</u>
<input type="checkbox"/>	meine zukünftige Arbeitsstätte im Regierungsbezirk Detmold liegt.
<input type="checkbox"/>	Die Erlaubnis zur Befugnis über die Aufnahme oder Ausübung meines Berufs wurde bislang in meinem Ausbildungsland nicht widerrufen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich bin darüber informiert, dass bei der Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebamme“ gemäß des Verwaltungsgebührengesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen eine Verwaltungsgebühr von 60 € erhoben wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Gesundheitszeugnis

Frau / Herr _____ ,

wohnhaft in _____ wurde

heute von mir untersucht.

Hiermit bescheinige ich, dass o.g. Patient / Patientin in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Hebamme nicht ungeeignet ist.

_____, den _____
Ort der Untersuchung Datum

Praxisstempel und Unterschrift der
Ärztin/ des Arztes, die/ der die Unter-
suchung durchgeführt hat