



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

MERKBLATT

über die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Podologin bzw. Podologe

Erst die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung "Podologin/Podologe" berechtigt Sie, den Beruf unter dieser geschützten Berufsbezeichnung auszuüben. Die meisten Arbeitgeber werden von Ihnen die Vorlage dieser Urkunde verlangen. Sie wird erteilt, wenn die Abschlussprüfung bestanden sowie die Zuverlässigkeit und gesundheitliche Eignung für die Berufsausübung nachgewiesen ist.

Für die Bearbeitung des Antrags sind folgende Unterlagen einzureichen:

- **Schriftlicher Antrag** (*siehe beiliegendes Formular*)
- **Polizeiliches Führungszeugnis.** Dieses muss im Einwohnermeldeamt mit der Belegart 0 (*zur Vorlage bei einer Behörde gemäß § 30 Abs. 5 BZRG*) beantragt werden. Als Verwendungszweck geben Sie bitte das Stichwort „Podologie“ an. Lassen Sie es an die unten genannte Anschrift - zu Händen G1143 - senden. Nur dann ist hier eine Zuordnung möglich. Das Führungszeugnis darf bei Erteilung der Erlaubnis nicht älter als drei Monate sein.
- **Ärztliches Attest** (*siehe beiliegendes Formular*)
Dieses darf bei Erteilung der Erlaubnis nicht älter als drei Monate sein.

Erst wenn die Unterlagen vollständig vorliegen, kann der Antrag bearbeitet werden!

Anträge sind einzureichen bei:

Anschrift	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Fachberufe im Gesundheitswesen, G1143 Billstraße 80 20539 Hamburg
Telefon	040 / 428 37 – 3781
Telefax	040 / 427 31 – 0108
Öffnungszeiten	Mo und Di von 9 bis 12 Uhr Do von 13 bis 16 Uhr

An die:
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Fachberufe im Gesundheitswesen, G1143
Billstraße 80
20539 Hamburg

Antrag zur Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Podologin bzw. Podologe

Hiermit beantrage ich gemäß § 1 Podologengesetz (PodG) die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung einer Tätigkeit unter der o. g. Berufsbezeichnung.

Folgende Angaben zu meiner Person sind für die Bearbeitung des Antrages wichtig:

Vorname	_____
Name	_____
Straße	_____
Postleitzahl, Ort	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail-Adresse	_____
Geburtsname	_____
Geburtsdatum	_____
Geburtsort	_____
Berufsfachschule	_____
Abschluss/Prüfung am	_____

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen für die Erteilung der Erlaubnisurkunde eine Gebühr in Höhe von zurzeit 35 €¹ **per Gebührenbescheid** erhoben wird. (Scheck- oder Barzahlung ist nicht möglich).

Im Fall des Nichtbestehens der staatlichen Abschlussprüfung ist die Antragsrücknahme gebührenfrei.

.....
Datum/Unterschrift

¹ Änderung vorbehalten

An die:
 Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
 Fachberufe im Gesundheitswesen, G1143
 Billstraße 80
 20539 Hamburg

Ärztliche Bescheinigung
 für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Podologin bzw. Podologe

Name, Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Berufsfachschule: _____ ggf. Klasse/Kurs: _____

hat sich **heute** zum Zweck der Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur Berufsausübung vorgestellt. Sie / er ist von mir auf das Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen, die ihrer Art und Schwere nach eine gesundheitliche Eignung zur Berufsausübung ausschließen könnten, untersucht worden. Dabei habe ich folgende, im vorgenannten Sinn erhebliche Befunde festgestellt:

Einschränkungen der Herz-Kreislauffunktion:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Atemfunktion:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Stoffwechselfunktionen:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einschränkungen des Muskel-Skelett-Systems:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einschränkungen des Immunsystems:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Sinnesorgane:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Psyche/Nerventätigkeit:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder chronische Erkrankungen, insb. Hepatitis B und C:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen:	Ja* <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

* Erläuterungen/Bemerkungen: *Bitte benutzen Sie ggf. die Rückseite*

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Arztstempel

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben geforderten Auskünfte vollständig erteilt werden.

 Datum / Unterschrift