Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege Abteilung IV Gesundheitsberufe, Dezernat IV 4 Postfach 11 03 52 64218 Darmstadt

# <u>Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Operationstechnische Assistent"</u> <u>tentin" / "Operationstechnischer Assistent"</u>

#### gem. § 2 i.V.m. § 69 ATA-OTA-G

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Operationstechnische Assistentin" / "Operationstechnischer Assistent".

| PLZ, Ort  Geburtsdatum  E-Mail Adresse  Folgende Nachweise habe ich im Original beigefügt bzw.  Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) |  |
|---|--|
| Geburtsdatum  E-Mail Adresse  Digende Nachweise habe ich im Original beigefügt bzw.   | Geburtsort  Telefon  gefügt bzw. beantragt:        |
| E-Mail Adresse<br>olgende Nachweise habe ich im Original beigefügt bzw.   | Telefon<br>gefügt bzw. beantragt:                  |
| olgende Nachweise habe ich im Original beigefügt bzw.   | gefügt bzw. beantragt:                             |
|   |  |
| Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate)   | Monatel  |
|   | Monate   |
| Ärztliches Attest (nicht älter als drei Monate)   |  |
| Zuverlässigkeitserklärung   |  |
| Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung nach bi   | nung nach bisherigem Recht (in beglaubigter Kopie, |

Hinweis: Verwaltungsgebühr in Hessen: derzeit 80,00 €.

Durchführung des Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (Anästhesietechnische- und Operationstechnische- Assistenten-Gesetz – ATA-OTA-G) vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768)

Erteilung der Erlaubnis gem. § 2 zum Führen der Berufsbezeichnung "Operationstechnische Assistentin" oder "Operationstechnischer Assistent"

#### **Ärztliches Attest**

## zur Vorlage beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege

| <u> </u>   |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
| Name   |  |  |
| geb. am in   |  |  |
| Anschrift  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| wird hiermit bescheinigt, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht |  |  |
| zur Berufsausübung   |  |  |
| einer Operationstechnischen Assistentin/                           |  |  |
| eines Operationstechnischen Assistenten                            |  |  |
| nicht ungeeignet ist.  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Datum Unterschrift und Stempel des Arztes                          |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### Erklärung

## über die Zuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes

| Name:   |                              |
|---|------------------------------|
| Geburtsname:  |                              |
| Vorname:  |                              |
| Geburtsdatum:                                       |                              |
| Aktenzeichen: <u>IV 4 - 18 b 70.01/2</u>            |                              |
| Ich versichere, dass seit Beantragung des Führung   | szeugnisses keine Strafe     |
| (Strafurteil oder Strafbefehl) gegen mich ausgespr  | ochen wurde, und dass gegen  |
| mich nicht wegen eines Verbrechens oder Vergeho     | ens ein gerichtliches Straf- |
| verfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsve | erfahren anhängig ist.       |
|   |                              |
|   |                              |
|   |                              |
| <br>Datum   | Unterschrift                 |
|   |                              |
|   |                              |
|   |                              |

Anmerkung: Diese Erklärung entbindet <u>nicht</u> von der Pflicht, ein polizeiliches Führungs-

Hinweis: Verwaltungsgebühr in Hessen: derzeit  $80,00 \in$ .

zeugnis vorzulegen.