

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

**Antrag auf Verkürzung der Ausbildung
zur Rettungssanitäterin / zum Rettungssanitäter
gem. § 2 (4) der Ausbildungs- und Prüfungsordnung (APORettSan)
für Notfallsanitäter/innen-Auszubildende**

Name	Vorname
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Telefon oder E-Mail	
Geburtsdatum	Geburtsort

Hiermit beantrage ich:

Zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ den Erlass der theoretischen Ausbildung (M1)
- ☐ den Erlass der klinisch-praktischen Ausbildung (M 2)
- ☐ den Erlass des Rettungswachenpraktikums (M3)
- ☐ den Erlass des Abschlusslehrganges (M4)

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bestätigung der Rettungsdienstschule

darüber, dass die im Rahmen der Notfallsanitäterausbildung gem. Rahmenlehrplan des Landes Hessen vom/von der Antragsteller/in erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten den Inhalten und dem Umfang des § 2 Absatz 1 Anlage 1 APORettSan gleichwertig sind.

Ort, Datum	Unterschrift	Schulstempel
------------	--------------	--------------