

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

**Erklärung zur Anerkennung von Ausbildungsabschnitten  
gem. § 2 (3) der Ausbildungs- und Prüfungsordnung (APOrettSan)  
vom 1. Oktober 2021**

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon oder E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

**Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner in einem anderen Bundesland erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungsabschnitte:**

Zutreffendes bitte ankreuzen

- theoretisch-praktische Ausbildung an einer staatlich anerkannten RD-Schule (M 1)
- praktische Ausbildung im Krankenhaus/geeigneten Einrichtung (M 2)
- Rettungswachenpraktikum (M3)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Bestätigung der Rettungsdienstschule**

darüber, dass die bei \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

M1 \_\_\_\_\_  
Organisation Bundesland

M2 \_\_\_\_\_  
Organisation Bundesland

M3 \_\_\_\_\_  
Organisation Bundesland

abgeleisteten Ausbildungsabschnitte der Anlage 1 der APOrettSan entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Schulstempel

**Diese Bestätigung bitte in das Ausbildungsnachweisheft einfügen.**