



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<br>Fachberufe im Gesundheitswesen, G1143<br>Billstraße 80<br>20539 Hamburg |
| Telefon        | 040 / 428 37 – 3781   |
| Telefax        | 040 / 427 31 – 0108   |
| Öffnungszeiten | Mo und Di von 9 bis 12 Uhr<br>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 €<sup>1</sup> **per Gebührenbescheid** erhoben wird. (Scheck- oder Barzahlung ist nicht möglich).

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

.....  
Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> 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