



Formular: Kostenübernahme-Erklärung

Kostenträger (bei Privatperson)

Name, Vorname der Privatperson

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

ODER

Kostenträger (bei Unternehmen)

Vollständiger Name des Unternehmens laut Handelsregister inkl. Rechtsform

Name, Vorname des/der Ansprechpartners/-in im Unternehmen

Firmenanschrift: Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Kostenübernahme für (antragstellende Person)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ausbildungsland

Erklärungen für das Verfahren zur Anerkennung als:

(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson
- ☐ Pflegefachhelferin / Pflegefachhelfer
- ☐ Anästhesietechnische Assistentin / anästhesietechnischer Assistent (ATA)
- ☐ Diätassistentin / Diätassistent
- ☐ Ergotherapeutin / Ergotherapeut
- ☐ Hebamme
- ☐ Logopädin / Logopäde
- ☐ Masseurin & medizinische Bademeisterin / Masseur & medizinischer Bademeister
- ☐ Med. Technologe / med. Technologin für Funktionsdiagnostik (MTF)
- ☐ Med. Technologe / med. Technologin für Laboratoriumsanalytik (MTL)
- ☐ Med. Technologe / med. Technologin für Radiologie (MTR)
- ☐ Med. Technologe / med. Technologin für Veterinärmedizin (MTV)
- ☐ Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter
- ☐ Operationstechnische Assistentin / operationstechnischer Assistent (OTA)
- ☐ Orthoptistin / Orthoptist
- ☐ Pharmazeutisch-tech. Assistentin / pharmazeutisch-tech. Assistent (PTA)
- ☐ Physiotherapeutin / Physiotherapeut
- ☐ Podologin / Podologe

Hiermit erkläre ich, die beim Bayerischen Landesamt für Pflege entstehenden Gebühren und Auslagen nach dem Kostengesetz für die im Zusammenhang mit dem Anerkennungsverfahren gemäß obiger Auswahl durchzuführenden Amtshandlungen für vorstehende Person zu übernehmen:

Ort, Datum

Unterschrift Privatperson oder
Unterschrift Ansprechperson Firma

Firmenstempel