



Bayerische Landesamt für Pflege  
Abteilung 1 - **Anerkennungsverfahren**  
Mildred-Scheel-Straße 4  
92224 Amberg

## Vollmacht für das Anerkennungsverfahren

- ☐ Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson
- ☐ Pflegefachhelferin / Pflegefachhelfer
- ☐ Anästhesietechnische Assistentin / anästhesietechnischer Assistent (ATA)
- ☐ Diätassistentin / Diätassistent
- ☐ Ergotherapeutin / Ergotherapeut
- ☐ Hebamme
- ☐ Logopädin / Logopäde
- ☐ Masseurin & medizinische Bademeisterin / Masseur & medizinischer Bademeister
- ☐ Med. Technologie / med. Technologin für Funktionsdiagnostik (MTF)
- ☐ Med. Technologie / med. Technologin für Laboratoriumsanalytik (MTL)
- ☐ Med. Technologie / med. Technologin für Radiologie (MTR)
- ☐ Med. Technologie / 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

Dieses Dokument wird auch bei einer **elektronischen Antragstellung** benötigt.

### Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber/-in)

Anrede ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

**Bayerisches Landesamt für Pflege**  
Mildred-Scheel-Straße 4 · 92224 Amberg  
Telefon 09621 9669-4545 / Fax -4221

**Öffentliche Verkehrsmittel**  
Buslinie 403  
Haltestelle Landesamt für Pflege

**E-Mail**  
[anerkennung-pflege@lfp.bayern.de](mailto:anerkennung-pflege@lfp.bayern.de)  
[anerkennung-gesundheit@lfp.bayern.de](mailto:anerkennung-gesundheit@lfp.bayern.de)  
**Internet**  
[www.lfp.bayern.de](http://www.lfp.bayern.de)

**folgende Person (Vollmachtnehmer/-in) in Deutschland**

Anrede ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Land Deutschland

**mich gegenüber dem Bayerischen Landesamt für Pflege (LfP) in allen zulässigen Angelegenheiten außergerichtlich zu vertreten.**

Der Umfang der Vertretungsbefugnis beinhaltet insbesondere

- die Vertretung in allen für die Durchführung des Anerkennungsverfahrens erforderlichen Angelegenheiten,
- die Entgegennahme der die Verfahren betreffenden schriftlichen sowie elektronischen Unterlagen, die Durchführung des Schriftverkehrs und das Öffnen der an mich adressierten Post.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, eine Untervollmacht, die den Umfang dieser Vollmacht nicht überschreiten darf, zu erteilen und zu widerrufen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber