

# Notfallsanitäter\*in Ergänzungsprüfung Ü5

**Letzte  
Möglichkeit**  
Jetzt anmelden!

## Voraussetzung für die Teilnahme:

- Mindestens fünfjährige Tätigkeit als Rettungsassistent\*in gem. §32 Abs. 2 NotSanG

## Die Ausbildung ist in 3 Abschnitte gegliedert:

- Vorbereitung mittels online-Tool Iprendo:  
Freischaltung nach Anmeldung
- Vorbereitung in Präsenz: 18. – 21.09.2023
- staatliche Prüfung: 25. – 29.09.2023

## Bei Interesse übersenden Sie uns bitte den vollständig ausgefüllten Anmeldebogen inklusive folgender Unterlagen:

- ➔ Anmeldebogen (s. Anlage)
- ➔ ärztliches Attest über die gesundheitliche Eignung  
zur Ausübung des Berufes Notfallsanitäter\*in (s. Anlage)
- ➔ amtlich beglaubigte Kopie des Personalausweises, des  
Reisepasses oder der Geburtsurkunde
- ➔ amtlich beglaubigte Kopie der Urkunde über die Erlaubnis  
zum Führen der Berufsbezeichnung Rettungsassistent\*in
- ➔ Nachweis über eine mind. fünfjährige Tätigkeit als  
Rettungsassistent\*in (Originalbescheinigung vom Arbeitgeber  
oder amtlich beglaubigte Kopie von AG-Zeugnissen)

## Haben Sie noch Fragen oder benötigen Sie eventuell einen Beratungstermin?

Dann kontaktieren Sie uns unter sekretariatzas@drkfrankfurt.de.



© Heiner Hänzel

### Ausbildungsort:

Deutsches Rotes Kreuz  
Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.  
ZentraleAusbildungsStätte (ZAS)

Adelonstraße 31a  
65929 Frankfurt a.M.  
Tel.: 069–45 00 13 205

### Unterrichtszeiten:

09:00 – 16:15 Uhr

### Kosten:

1.750€

(das Land Hessen erhebt eine zusätzliche Verwaltungsgebühr)

Absender:

## **Anmeldung Vorbereitungskurs und Ergänzungsprüfung zum\*zur Notfallsanitäter\*in**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Ergänzungsprüfung zum\*zur Notfallsanitäter\*in und dem dazugehörigen Vorbereitungslehrgang an:

**Vorbereitungslehrgang  
18.09.2023 – 22.09.2023**

**und**

**staatliche Ergänzungsprüfung  
25.09.2023 – 29.09.2023**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Anschrift: .....

E-Mail: .....

Mobil-Nr.: .....

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

Absender:  
(vom Kostenträger auszufüllen)

## Kostenübernahme

Hiermit bestätigen wir, die Kosten für

**Vorbereitungslehrgang**                      **und**  
**18.09.2023 – 22.09.2023**

**staatliche Ergänzungsprüfung**  
**25.09.2023 – 29.09.2023**

zu übernehmen für:

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Anschrift: .....

E-Mail: .....

Mobil-Nr.: .....

Wir erbitten die Rechnungsstellung an folgende Anschrift:

.....  
.....

Folgender Zusatz muss auf der Rechnung enthalten sein:

.....

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

Durchführung des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) vom 22.Mai 2013(BGBl. I S.1348)

**Erteilung der Erlaubnis gem. § 2 zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter/in“**

**Ärztliches Attest**

zur Vorlage beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege

Name.....

geb. am ..... in .....

Anschrift.....

.....

wird hiermit bescheinigt, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht

-ohne Einschränkung- zur Ausübung des Berufes

**einer Notfallsanitäterin/ eines Notfallsanitäters**

geeignet ist.

.....

Datum

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes