

**Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis für Tätigkeiten mit Krankheitserregern
nach § 44 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Zuständige Behörde: Name und Adresse

1. Antragsteller/in		
Name, Vorname:		Geburtsdatum und -ort:
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:		
Telefon:	Fax:	E-mail:

2. Zuverlässigkeitsnachweis nach § 47 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG
<input type="checkbox"/> a) polizeiliches Führungszeugnis
<input type="checkbox"/> b) Bescheinigung der / des letzten oder gegenwärtigen Arbeitgeberin / Arbeitgebers
<input type="checkbox"/> c) unterschriebene Erklärung

3. Erworbene Sachkenntnis nach § 47 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 IfSG mit Anlagen als beglaubigte Kopien
Studium
<input type="checkbox"/> Humanmedizin
<input type="checkbox"/> Veterinärmedizin
<input type="checkbox"/> Zahnmedizin
<input type="checkbox"/> Pharmazie
<input type="checkbox"/> naturwissenschaftliches Uni-Studium
<input type="checkbox"/> naturwissenschaftliches FH-Studium
<input type="checkbox"/> Approbation (nur bei Ärztinnen / Ärzten)
<input type="checkbox"/> Promotion
<input type="checkbox"/> Weitere Qualifizierungsnachweise, z.B. Facharztanerkennung(en)

4. Erworbene Sachkenntnis nach § 47 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 IfSG mit Anlagen als beglaubigte Kopien	
<input type="checkbox"/> Beruflicher Lebenslauf	
<input type="checkbox"/> Detaillierte Aufstellung und Nachweis über eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit mit Krankheitserregern mit Angaben zum Erregerspektrum (belegt z.B. durch Arbeitsvertrag - soweit vorhanden -, Arbeitszeugnis / Bescheinigung der / des verantwortlichen Erlaubnisinhabers/in, unter deren / dessen Aufsicht die Sachkenntnis erlangt wurde)	
Angaben zur Erlaubnisinhaberin / zum Erlaubnisinhaber unter deren / dessen Aufsicht die Sachkenntnis erlangt wurde	
Name, Vorname:	
<input type="checkbox"/> Erlaubnis nach § 19 BSeuchG	
<input type="checkbox"/> Erlaubnis nach § 44 IfSG	

5. Für welche Erreger bis zu welcher Risikogruppe und für welche Tätigkeit wird die Erlaubnis benötigt? (Hinweis: Die Tätigkeit ist nach § 49 IfSG gesondert anzuzeigen)	
Erreger:	Risikogruppe:
Tätigkeiten:	

Datum der Antragstellung:	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers: