



Zurück an:

[anerkennung-pflege@lfp.bayern.de](mailto:anerkennung-pflege@lfp.bayern.de)

oder

Bayerisches Landesamt für Pflege  
**Anerkennungsverfahren**  
Mildred-Scheel-Str.4  
92224 Amberg

## Rückmeldung Ausgleichsmaßnahme

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung **Pflegefach-  
frau/Pflegefachmann** für:

Nachname	Vorname	Geburtsname

Geburtsdatum	Geburtsort

Ausbildungsland	Vorgangsnummer

**Bitte nur eine Option ankreuzen!**

Hiermit erkläre ich, dass ich

- den **Anpassungslehrgang** absolvieren werde.
- die **Kenntnisprüfung/Eignungsprüfung** absolvieren werde.
- meinen **Antrag** auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen  
der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann **zurücknehme**.

Hinweis: Diese Erklärung muss (auch bei Bevollmächtigung!) **durch die Antragstellerin / den Antragsteller selbst unterschrieben** werden.

Ort, Datum

Unterschrift (antragstellende Person)