

Antrag auf Erteilung/Verlängerung der Genehmigung zur/zum

- Notfallrettung mit Krankenkraftwagen**
 Krankentransport mit Krankenkraftwagen

1.	Name/Firma des Antragstellers (genaue Bezeichnung des Unternehmens)			
	Wohnsitz (Ort, Straße)			
	Betriebssitz (Ort, Straße)		Telefonnr.	
2.	Angaben über den/die Inhaber (bei Handelsgesellschaften ggf. Gesellschafterliste)			
	a) Name (ggf. Geburtsname)		Vorname	
	Funktion im Unternehmen			
	Familienstand	Geburtstag	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	b) Name (ggf. Geburtsname)		Vorname	
	Funktion im Unternehmen			
	Familienstand	Geburtstag	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
3.	Angaben über die für die Führung der Geschäfte bestellten Person(en)			
	a) Name (ggf. Geburtsname)		Vorname	
	Stellung im Unternehmen (Aufgabengebiet)			
	Familienstand	Geburtstag	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	b) Name (ggf. Geburtsname)		Vorname	
	Stellung im Unternehmen (Aufgabengebiet)			
	Familienstand	Geburtstag	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

4.	<p>Angaben über die fachliche Eignung</p> <p><input type="checkbox"/> des Antragstellers <input type="checkbox"/> der für die Führung der Geschäfte bestellte Person</p> <p>Die fachliche Eignung wird nachgewiesen durch (entsprechende Bescheinigung bzw. Zeugnisse bitte beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> eine angemessene Vortätigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> eine bestandene Fachkundeprüfung</p> <p><input type="checkbox"/> ein erfolgreich abgeschlossenes Studium an einer Hoch- oder Fachschule, das die hier erforderlichen Kenntnisse gewährleistet</p>
5.	<p>Sind Sie bereits Inhaber einer Genehmigung oder Betriebsführer?</p> <p><input type="checkbox"/> ja genehmigte Verkehrsart oder –form:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
6.	<p>Es wird eine</p> <p><input type="checkbox"/> Ersterteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Wiedererteilung</p> <p>der Genehmigung beantragt.</p>
7.	<p>Die Gültigkeitsdauer der beantragten Genehmigung soll betragen:</p> <p><input type="checkbox"/> _____ Jahre (max. 4 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> von _____ bis _____</p>

8.	<p>Als Nachweise müssen beigefügt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nachweis der finanziellen Leistungsfähigkeit des Betriebs <ul style="list-style-type: none"> ➔ der Stichtag darf nicht älter als 1 Jahr sein <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitsbescheinigungen <ul style="list-style-type: none"> • Finanzamt • Betriebssitzgemeinde • Krankenkasse(n) • Berufsgenossenschaft (Unfallversicherung) • ggf. Minijob-Zentrale ➔ Bescheinigungen dürfen nicht älter als 3 Monate sein <input type="checkbox"/> ggf. beglaubigte Abschrift des Handelsregisterauszugs <input type="checkbox"/> ggf. Gesellschaftsvertrag mit Liste der Gesellschafterinnen und Gesellschafter <input type="checkbox"/> Nachweise der Zuverlässigkeit der antragstellenden Person <u>und</u> der fachlich geeigneten Person <ul style="list-style-type: none"> • polizeiliches Führungszeugnis • Auszug aus dem Gewerbezentralregister ➔ Belegart „0“ (zur Vorlage bei einer Behörde), nicht älter als 3 Monate <input type="checkbox"/> Nachweise der fachlichen Eignung der antragstellenden Person <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis einer dreijährigen, leitenden Tätigkeit in einem Unternehmen, das Straßenpersonenverkehr betreibt, oder • Nachweis der bestandenen Prüfung gem. Berufszugangsverordnung für den Straßenpersonenverkehr, oder • Nachweis der Prüfung als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter, oder • Nachweis einer min. dreijährigen aktiven Tätigkeit im Rettungsdienst als Notfallsanitäterin oder –sanitäter, Rettungsassistentin oder –assistent bzw. Rettungssanitäterin oder –sanitäter <input type="checkbox"/> Kopien der Fahrzeugscheine (Ziffer 21 „Krankentransportwagen“ o.ä.) <input type="checkbox"/> aktuelle Nachweise der Hauptuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachweis über die ordnungsgemäße Besetzung der Fahrzeuge mit zwei geeigneten Personen, wobei mindestens eine Rettungssanitäterin oder ein Rettungssanitäter die Patientinnen und Patienten betreuen muss <input type="checkbox"/> Nachweis ordnungsgemäßer hygienischer Verhältnisse <input type="checkbox"/> ggf. Vergütungsvereinbarung mit den Kostenträgern <p>Alle Unterlagen sind im Original oder als beglaubigte Kopie vorzulegen!!!</p>
9.	<p>Bemerkungen:</p>
10.	<p>Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag und in den beigefügten Anlagen, die Bestandteil dieses Antrags sind, nach bestem Wissen richtig und vollständig gemacht habe.</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers</p>