



Der Antrag ist mit deutlicher Druckschrift auszufüllen!  
 Name und Vorname/Geburtsname der/s Antragsteller/in  
 sind in amtlicher Schreibweise (Transliteration nach ISO-Norm 9)  
 anzugeben.

**An das  
 Hessisches Landesprüfungs- und  
 Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
 Lurgiallee 10  
 60439 Frankfurt am Main**

Eingang am:

**Ph3-** \_\_\_\_\_

Ausb.-land: \_\_\_\_\_

**Antrag**

**auf Erteilung der Approbation als Apothekerin/Apotheker  
 gem. § 4 Bundes-Apothekerordnung (BApO) und Erlaubnis gem. § 11 BApO**

**I. Persönliche Angaben der/des Antragstellerin/s**

Familienname	
akademischer Grad/Hochschulgrad	
Geburtsname (sofern durch Heirat/Namensänderung geändert)	
Vorname/n	
Geburtsdatum Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthalt in Deutschland seit	
derzeitige Postanschrift in Deutschland	
Mailadresse Telefonnummer/n	

## II. Erklärung zum Antrag

Ich habe in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis gestellt:  nein  ja, in \_\_\_\_\_

Ich habe eine/n Bewertung meiner Ausbildung/Feststellungsbescheid:  nein  ja, bitte die Bewertung/den Feststellungsbescheid beifügen.

Ich habe an der Kenntnisprüfung teilgenommen:  nein  ja, bitte Prüfungsprotokoll/e beifügen.

Ich erkläre, dass ich die Länder, in denen ich bisher meinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, nicht im Zusammenhang mit strafrechtlichen oder berufsbeschränkenden Maßnahmen verlassen habe.

Ein gerichtliches Strafverfahren/ Ermittlungsverfahren/berufsgewichtliches Verfahren gegen mich

liegt nicht vor

liegt vor wegen \_\_\_\_\_

im Ausland  in der Bundesrepublik Deutschland.

Mir ist bekannt, dass erst bei Vollständigkeit der Unterlagen eine Bearbeitung/Entscheidung durch das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen möglich ist.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in mehreren Teilbeträgen erhoben.

Die Zustellung der Approbation erfolgt per Postzustellungsurkunde. Der Versand erfolgt nur an eine inländische Anschrift. Die Urkunde kann auch persönlich abgeholt werden (hierfür ist eine Terminvereinbarung ist notwendig).

## III. Antrag auf Berufserlaubnis

Ich beantrage außerdem eine Erlaubnis gem. § 11 BApO zur vorübergehenden Ausübung des Berufs als Apothekerin/Apothekers (bitte zusätzlich das Antragsformular ausfüllen, Anlage 2).

Mein zukünftiger Arbeitgeber:

Apotheke	
Einstellung geplant zum	

## IV. Die Anlagen 1 bis 3 sind Bestandteil des Antrags.

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.**

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

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

## Anlage 1

Beigefügte Unterlagen (*jeweils das Original mit einer einfachen Kopie sowie das Original der amtlichen deutschen Übersetzung mit einer einfachen Kopie, für die Unterlagen, die nicht in deutscher/englischer Sprache abgefasst sind. Bitte beachten Sie: Übersetzungen müssen in Deutschland angefertigt worden sein – [www.justiz-dolmetscher.de](http://www.justiz-dolmetscher.de) -).*

### Anträge auf Approbation und Berufserlaubnis sowie:

- Diplom als Apothekerin/Apotheker
- Fächerliste mit Angabe der Einzelnoten
- Ggf. Bescheinigung über den vollständigen Abschluss der Ausbildung (Internatur, Ordinatur, Fachpraktische Ausbildung)
- Ggf. Bescheinigung über die Berechtigung zur Berufsausübung im Herkunftsstaat (Lizenz, etc.)

### Wurde ein Approbationsverfahren bereits bei einer anderen Behörde durchgeführt:

- Bewertung der Ausbildung/Feststellungsbescheid
- Protokoll/e der Kenntnisprüfung

### Persönliche Unterlagen, bitte nur im Original:

- Antrag auf Berufserlaubnis, Anlage 2
- Ärztliche Bescheinigung, ausgestellt von einer/m niedergelassenen Allgemeinmediziner/in oder Internisten/in, Anlage 3
- Aktueller Lebenslauf, vollständig, tabellarisch und persönlich unterschrieben
- Certificate of good standing, berufsständisches Führungszeugnis
- Polizeiliches Führungszeugnis/Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes
- Führungszeugnis für Behörden (M7105), Typ „O“ habe ich bei meiner Meldebehörde am \_\_\_\_\_ beantragt
- Aktuelle formlose Meldebescheinigung (nur, sofern diese angefordert wurde)

### Persönliche Unterlagen im Original mit einfacher Kopie oder als amtlich beglaubigte Kopie

- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde/Namensänderungsurkunde, soweit sich der Familienname geändert hat
- Personalausweis oder Reisepass oder Flüchtlingsausweis, Seite 1 mit den Personalien
- GER-B2 Zertifikat des Goethe-Instituts oder der telc GmbH
- Fachsprachenzertifikat C1 Pharmazie nach den Vorgaben der 87. GMK



**Anlage 2**

An das  
**Hessisches Landesprüfungs- und  
 Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
 Lurgiallee 10  
 60439 Frankfurt am Main**

Hiermit beantrage ich,

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Geburtsdatum

die **Erteilung einer Berufserlaubnis** gem. § 11 Bundes-Apothekerordnung  
 BApO) zur vorübergehenden Ausübung des Berufs als Apothekerin/Apothekers.

Mir ist bekannt, dass ich derzeit nur eine eingeschränkte Berufserlaubnis erhalten kann.  
 Pharmazeutische Tätigkeiten darf ich nur **unter Aufsicht und in ständiger  
 Anwesenheit von approbierten Apothekerinnen und Apothekern** ausüben.  
Die Aufsicht und Anwesenheit gilt auch für alle Nacht-, Notfall- und Bereitschaftsdienste.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gem. § 11 BApO gebührenpflichtig ist. Die  
 Gebühren werden in der Regel mit der Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der  
 Berufserlaubnis erhoben.  
 Die Zustellung der Berufserlaubnis erfolgt per Einschreiben-Einwurf. Der Versand erfolgt nur an eine  
 Postanschrift in Deutschland.

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

\_\_\_\_\_  
 eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

-----  
**Bescheinigung des zukünftigen Arbeitgebers**

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_  
 entsprechend der vorgenannten Angaben hier ab \_\_\_\_\_ tätig werden soll.

\_\_\_\_\_  
 Stempel der Apotheke

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/r Personalleiters/in bzw. Inhabers/in

\_\_\_\_\_  
 (und zusätzlich in Druckbuchstaben)

**Anlage 3**

Die Untersuchung ist von einer/m in Deutschland niedergelassenen  
Ärztin/Arzt vorzunehmen.

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

Hessisches Landesprüfungs- und  
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
Lurgiallee 10

**60439 Frankfurt am Main**

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage  
beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im  
Gesundheitswesen**

Hiermit bescheinige ich, dass bei Herrn/Frau

\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er/sie wegen eines körperlichen  
Gebrechens oder wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte  
oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als Apothekerin/Apothekers  
unfähig oder ungeeignet ist.

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

\_\_\_\_\_  
Arztstempel / Arztunterschrift

\_\_\_\_\_  
Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in  
Druckbuchstaben