



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**
 Walter-Möller-Platz 1

60439 Frankfurt am Main

EU-M

Eingang am:

M3 - _____

Ausbildungsland:

Antrag

auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

I. Persönliche Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

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	
Ausbildungsland	

II. Angaben zur Ausbildung

Name der Universität/Hochschule Ort	
Zeitraum des Studiums, von/bis	
Ärztin/Arzt im Praktikum/Internatur/Turnus etc. (sofern im Ausbildungsland obligatorisch), von/bis	
Ausstellungsdatum Diplom/Lizenz/Approbation vom	

III. Lebenslauf

Bitte fügen Sie Ihren Unterlagen einen vollständigen tabellarischen Lebenslauf bei. Geben Sie dazu bitte alle Zeiträume von mehr als drei Monaten immer mit Zeitangabe (Monat/Jahr bis Monat/Jahr) und Aufenthaltsort an. Beginnen Sie den Lebenslauf bei der ersten Schule fortlaufend bis heute, dem Tag der Antragstellung. Unterschreiben Sie den Lebenslauf persönlich und versehen ihn mit aktuellem Datum.

IV. Erklärung zum Antrag

Ich habe in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation und ggf. Berufserlaubnis gestellt:

nein ja, in _____, Aktenzeichen: _____

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 berufsgerichtliches 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 gem. § 3 BÄO gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in der Regel mit der Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der Approbation erhoben.

Die Zustellung der Approbation erfolgt mit Postzustellungsurkunde. Der Versand erfolgt nur an eine inländische Privatanschrift, eine Übersendung an den Arbeitgeber ist nicht möglich. Ich trage dafür Sorge, dass mein vollständiger Name an Klingel und Briefkasten gut lesbar angebracht ist.

Die Approbationsurkunde kann auch persönlich abgeholt werden, hierfür ist eine Terminvereinbarung erforderlich.

V. Die Anlagen 1, 2 und 3 sind Bestandteil des Antrages.

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

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

Anlage 1 - Dokumente

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

Ausbildungsunterlagen im Original und einfacher Kopie:

- Diplom als Ärztin/Arzt gem. Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG
- ggf. weitere Nachweise über die Berechtigung der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit im Herkunftsstaat gem. Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG
- Konformitätsbescheinigung gem. Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG bzw. Nachweis über erworbene Rechte gem. Art. 23 der Richtlinie 2005/36/EG
- *Certificate of good standing* - (berufsrechtliches Führungszeugnis), sofern Sie schon ärztlich tätig waren

Persönliche Unterlagen nur im Original:

- Lebenslauf, vollständig, tabellarisch, persönlich unterschrieben und mit Datum versehen
- aktuelles Gesundheitszeugnis, ausgestellt von einer/m in Deutschland niedergelassenen (Allgemein-)Ärztin/Arzt oder von der/m Personal-/Betriebsärztin/arzt des einstellenden Krankenhauses (bitte Anlage 3 verwenden)
- Sprachzertifikat GER-B2 (**Goethe-Instituts bzw. telc GmbH**) und
- Fachsprachenzertifikat C1 Medizin** werde ich nachreichen
- aktueller Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land Ihres letzten Aufenthaltes
- Einstellungszusage/Kopie des Arbeitsvertrags

Hinweis: Wenn Sie sich bereits länger als drei Monate in Deutschland aufhalten, ist **zusätzlich** ein Führungszeugnis Typ „0“ (für behördliche Zwecke) bei dem Bürgerbüro an Ihrem Wohnsitz zu beantragen. Bitte geben Sie die Anschrift des Landesprüfungsamtes sowie die Kennziffer M7105 als Zieladresse an.

- Führungszeugnis Typ „0“ beantragt am: _____

Persönliche Unterlagen im Original und einfacher Kopie:

- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde, soweit sich der Familienname geändert hat
- Bundespersonalausweis oder 1. Seite des Reisepasses mit Angaben zur Person
- Promotionsurkunde, wenn ein zusätzlicher akademischer Grad erworben wurde der in die Approbationsurkunde aufgenommen werden soll

Anlage 2 – Bescheinigung eines ärztlichen Arbeitgebers in Hessen

Bitte vom zukünftigen Arbeitgeber in Hessen ausfüllen und unterschreiben lassen
und im Original vorlegen

Einstellungszusage

Frau/Herr _____

soll im Krankenhaus/in der Praxis

voraussichtlich ab/vom _____

als _____ beschäftigt/eingestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Personalleiters/in

Stempel des Krankenhauses/der Praxis

Anlage 3 – Ärztliches Gesundheitszeugnis

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

Hessisches Landesprüfungs- und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Walter-Möller-Platz 1

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 Arzt / Ärztin unfähig oder ungeeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel / Arztunterschrift

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in
Druckbuchstaben