



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**

**Eingang am:**

**Aktz.: Ph3 - \_\_\_\_\_**

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

## Antrag

**auf Erteilung der Approbation als Apotheker/in gem. § 4 Bundes-Apothekerordnung (BApO)**

**I. Arbeitgeber –** (siehe hierzu Anlage 2 und Antrag auf Berufserlaubnis, Seite 7)

Apotheke (Name, Anschrift)	
Einstellung geplant zum	

**II. Angaben zur Person des Antragstellers**

Familiename	
akademischer Grad/Hochschulgrad	
Geburtsname	
Vorname/n	
Geburtsdatum/Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthalt in Deutschland seit	
derzeitige Anschrift	
E-Mail-Adresse/Telefonnummer	

### III. 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.

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

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 erste Gebührenfestsetzung erfolgt in der Regel mit dem Bescheid über die Erteilung einer Berufserlaubnis als Apotheker/in.

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).

Ich beantrage eine (Berufs-)Erlaubnis gemäß § 11 BApO zur vorübergehenden Ausübung des Berufs als Apotheker/in.

**(Bitte zusätzlich das Antragsformular – Anlage 1 – ausfüllen).**

**IV. Die Anlagen 1-4 sind Bestandteil dieses Antrages.**

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

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



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

**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 Apotheker/in**

Mir ist bekannt, dass ich derzeit nur eine eingeschränkte Berufserlaubnis erhalten kann. Tätigkeiten als Apotheker/in darf ich nur in ständiger Anwesenheit und unter Aufsicht einer/s approbierten Apothekerin/Apothekers ausüben.  
Dies gilt auch für alle Nacht-, Notfall- und Bereitschaftsdienste.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gem. § 11BApO 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 inländische Anschrift.

\_\_\_\_\_  
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.

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

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

An  
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 Apothekerin/Apothekers unfähig oder ungeeignet ist.

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

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

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

**Hinweis:** *Unterlagen sind im Original zusammen mit einer amtlichen deutschen Übersetzung für die Unterlagen, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, vorzulegen. Übersetzungen müssen in Deutschland angefertigt worden sein (- [www.justiz-dolmetscher.de](http://www.justiz-dolmetscher.de) -)*

Als **Original** mit **einfacher Kopie** oder als **amtlich beglaubigte Kopie** habe ich beigefügt:

- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde, soweit sich der Familienname geändert hat
- Namensänderungsurkunde
- Identitätsnachweis (Bundespersonalausweis, Seite 1 des Reisepasses mit Personalien)
- deutsche Promotionsurkunde **oder**  Auskunftsschreiben des Hessischen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst

Im **Original** habe ich beigefügt:

- vollständiger tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben
- Arbeitgeber-Bescheinigung (Anlage 2)
- aktuelles Gesundheitszeugnis (Anlage 3)
- Polizeiliches Führungszeugnis/Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land meines letzten gewöhnlichen Aufenthaltes

Ich halte mich schon länger als drei Monate in Deutschland auf. Ein polizeiliches Führungszeugnis Belegart „O“ – für behördliche Zwecke – habe ich beim Bürgerbüro/Meldebehörde am \_\_\_\_\_ beantragt.

Im **Original** und **einfacher Kopie** sowie in **amtlicher deutscher Übersetzung** und **einfacher Kopie** habe ich beigefügt:

- Diplom als Apotheker/in
- Fächer- und Notenliste mit Angabe der Einzelnoten
- Bescheinigung über die Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung im Herkunftsland
- Bewertung der Ausbildung/Feststellungsbescheid aus einem anderen Bundesland
- Protokoll/e der Kenntnisprüfung
- Sprach-Zertifikat **B2** des Goethe-Instituts oder telc-Zertifikat B2 Deutsch
- Fachsprachenzertifikat **C1 Pharmazie** gemäß den Vorgaben der 87. GMK