

Name, Vorname.: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ + Ort: \_\_\_\_\_

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
G1139  
Billstraße 80  
20539 Hamburg

---

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

### **Antrag zur Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt**

Hiermit beantrage ich gemäß § die Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt.

<b>Anrede:</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Vorname/n (lt. Geb.-urkunde):</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Staatsangehörigkeit:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-Mail:</b>	

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die zahnärztliche Approbation beantragt habe.
- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Straf- oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft bin.
- Ich kann die vorstehende Erklärung nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen für die Erteilung der Approbation eine Gebühr in Höhe von derzeit 80 Euro per Gebührenbescheid erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Post an meine Meldeanschrift (lt. Führungszeugnis) gesandt.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe und die zahnärztliche Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde. Die unerlaubte zahnärztliche Berufsausübung ist strafbar.

---

**Datum/Unterschrift**