

**Ansprechpartner:**

Herr Christian Riemann

Telefon: (040) 428 37 – 3798

E-Fax: (040) 427 31 – 0104

E-Mail: [Christian.Riemann@soziales.hamburg.de](mailto:Christian.Riemann@soziales.hamburg.de)

Landesprüfungsamt für Heilberufe

## Hinweise zur Erteilung einer Approbation als Ärztin/Arzt nach § 3 der Bundesärzteordnung (BÄO) - Ausbildung in Deutschland -

Die Approbation kann ab sofort [online](#) beantragt werden.

Für die Bearbeitung eines Approbationsantrages wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 136,00 € bis 270,00 € erhoben. Bei einem Wohnsitz im Ausland erfolgt die Antragsbearbeitung erst nach Eingang einer Gebührenvorauszahlung.

**Hochzuladende Unterlagen:**

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1, s.u.)**
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
- 3. Geburtsurkunde**  
bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsnachweis**  
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2, s.u.),**  
die zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf.  
Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.
- 6. Zeugnis über die Ärztliche Prüfung**  
ist dem Antrag nur beizufügen, wenn die Approbation nicht vor oder zeitnah nach der Ärztlichen Prüfung beantragt wird.

**Zusätzlich einzureichen: Hinweis zum Amtlichen Führungszeugnis (Behördenführungszeugnis)**

Ab sofort werden die von Ihnen zu beantragenden Führungszeugnisse vom Bundeszentralregister dem Landesprüfungsamt (LPA) **digital** zugestellt. Dazu ist es erforderlich, dass Sie bei der Beantragung im zuständigen Kundenzentrum (innerhalb HH) den Hinweis geben, dass Sie ein „Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde“ (Belegart 0, gemäß § 30 Abs. 5 BZRG) beantragen. Empfänger ist das Landesprüfungsamt Hamburg, Behördenkennzeichen **K6392Q**. Diese Angabe stellt sicher, dass Ihr Führungszeugnis dem LPA digital zugestellt wird. Zur eindeutigen Zuordnung geben Sie bitte als Verwendungszweck Ihren Beruf, z. B. „Ärztin bzw. Arzt“ an. Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: [BfJ - Service-Center-Führungszeugnis \(bund.de\)](#)

Das **Amtliche Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG (Behördenführungszeugnis)** darf zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein. Bei Antragsstellenden, deren Einreise nach Deutschland weniger als drei Monate zurückliegt, ist alternativ eine entsprechende Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftslandes hochzuladen.

# Approbation

**Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration**  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
G 1138  
Postfach 760 106  
22051 Hamburg

Vordruck 1

---

## Antrag zur Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt

Hiermit beantrage ich gemäß § 3 Bundesärzteordnung die Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt.

**Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!**

Anrede	
Name	
Vorname/n	
Geburtsname (falls abweichend)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Staatsangehörigkeit	
Telefon-Nr./E-Mail	

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die ärztliche Approbation beantragt habe.
- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerichtlich verurteilt bin.
- Ich kann die vorstehende/n Erklärung/en 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 136,00 € bis 270,00 € (je nach Aufwand, insbesondere bei Anerkennung ausländischer Ausbildungen) zzgl. Porto per Gebührenbescheid erhoben wird.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe und die ärztliche Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

---

**Datum/Unterschrift**

# Approbation

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
G 1138  
Postfach 760 106  
22051 Hamburg

Vordruck 2

**Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!**

## Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt

**Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!**

Anrede	
Name	
Vorname/n	
Geburtsname (falls abweichend)	
Geburtsdatum	
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

**Hierbei ist festgestellt worden, dass sie/er**

- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Ärztin/des Arztes ungeeignet ist.
- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Ärztin/des Arztes ungeeignet ist (siehe anliegende Diagnose).

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

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

(Praxisstempel)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes