

Ansprechpartnerin und Ansprechpartner:

Frau Vanessa Catalán Sánchez (A - H)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3796

E-Mail: vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de

Frau Jana von Natzmer (I - Z)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3226

E-Mail: janavon.natzmer@soziales.hamburg.de

**Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe**

Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Besucheranschrift:

Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Hinweise für die Meldung von Dienstleistungserbringer nach § 10 b der Bundesärzteordnung (BÄO) - Ausbildung innerhalb der EU/des EWR und der Schweiz -

Staatsangehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, die zur Ausübung des ärztlichen Berufs in einem anderen Mitgliedstaat berechtigt sind und die als Dienstleistungserbringer im Sinne des § 10 b der Bundesärzteordnung (BÄO) vorübergehend und gelegentlich den ärztlichen Beruf in Hamburg ausüben wollen, haben vor Erbringung der Dienstleistung der zuständigen Behörde schriftlich diese zu melden. Die Meldung als Dienstleister ist bei Bedarf jährlich zu wiederholen.

Mit dieser Meldung sind folgende Unterlagen (Punkt 1 - 5) einzureichen. Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen.

- 1. Nachweis über die Staatsangehörigkeit**
(Reisepass, Reiseausweis)
- 2. Bescheinigung, dass der Arzt in einem Mitgliedstaat rechtmäßig niedergelassen ist, ihm die Ausübung des Berufes zum Zeitpunkt der Vorlage der Bescheinigung nicht, auch nicht vorübergehend, untersagt ist, und keine Vorstrafen hat**
- 3. Nachweis über die Berufsqualifikation**
(z.B. Diplom, Bachelor)
- 4. Nachweis über ausreichende Berufshaftpflichtversicherung**
(persönlich oder kollektiv durch das Krankenhaus)
- 5. Nachweis ausreichender Kenntnisse (B2) der deutscher Sprache**

DIENSTLEISTUNGSERBRINGER

Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe - G1136/G1137 -
Postfach 760 106
22051 Hamburg

(Vordruck 1)

Besucheranschrift:
Billstraße 80
20539 Hamburg

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	
Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße/Nr.	
PLZ + Ort	
Staatsangehörigkeit	
E-Mail:	

Hiermit melde ich die Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des § 10 b der Bundesärztleordnung (BÄO).

Datum / Unterschrift des Dienstleistungserbringers

Die Ärztin / der Arzt wird für die Zeit

vom bis

im Krankenhaus/Abteilung bzw. in der Praxis
beschäftigt.

Datum/Unterschrift

(Stempel des Krankenhauses)