

# BERUFSERLAUBNIS

## Ansprechpartnerinnen:

Frau Vanessa Catalán Sánchez (A - G) (G11361)  
Telefon: + 49 40 428 37 - 3796  
E-Mail: [vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de](mailto:vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de)

Frau Bettina Bertog (H - L) (G11363)  
Telefon: + 49 40 428 37 - 4744  
E-Mail: [bettina.bertog@soziales.hamburg.de](mailto:bettina.bertog@soziales.hamburg.de)

Frau Jana von Natzmer (M - Z) (G11362)  
Telefon: + 49 40 428 37 - 3226  
E-Mail: [janavon.natzmer@soziales.hamburg.de](mailto:janavon.natzmer@soziales.hamburg.de)

## Antragsanschrift:

**Sozialbehörde, Amt für Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Heilberufe**  
Postfach 760 106, D-22051 Hamburg

Besucheranschrift:  
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

## Hinweise

zur Erteilung einer **Berufserlaubnis**  
nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO)  
- Ausbildung **außerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz -

Die Erteilung der Berufserlaubnis erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag für längstens 2 Jahre.

Für die Erteilung der Berufserlaubnis wird je nach Bearbeitungsaufwand eine Verwaltungsgebühr zwischen 250,00 € und 450,00 € erhoben.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen (Punkt 1 - 15) in amtlich oder notariell beglaubigter Kopie zum Verbleib im Landesprüfungsamt einzureichen. Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von in Deutschland staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen. Es wird darum gebeten, die Unterlagen außerdem mit Legalisation oder Haager Apostille versehen einzureichen.

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
- 3. Geburtsurkunde,**  
bei Verheirateten zusätzlich die Heiratsurkunde oder einen Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsbescheinigung,**  
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Strafregisterauszug aus dem Heimat- oder Herkunftsland**
- 6. Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2)**  
eines in Deutschland niedergelassenen Arztes, die zum Zeitpunkt der Erteilung der Berufserlaubnis nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.

## 7. Amtliches Führungszeugnis der Belegart OB

das zum Zeitpunkt der Erteilung der Berufserlaubnis nicht älter als drei Monate sein darf

### 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 OB, 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 \(bund.de\)](http://BfJ - Service-Center-Führungszeugnis (bund.de))

## 8. Ausbildungsnachweis(e),

Nachweis über die abgeschlossene ärztliche Ausbildung (z.B. Diplom)

## 9. Individualisierte Fächer- und Stundenübersicht,

der die tatsächlich gelehrt Fächer und Stunden sowie die Stunden der abgeleiteten praktischen Ausbildung (z.B. Internatur, Internship, Ordinatur) und die Inhalte der staatlichen Abschlussprüfung zu entnehmen sind.

Die Fächer- und Stundenübersicht sollte nach Möglichkeit wie folgt aufgebaut sein:

### 1. Semester

Fach	Theoretische Unterrichtsstunden	Praktische Unterrichtsstunden	insgesamt

### 2. Semester

Fach	Theoretische Unterrichtsstunden	Praktische Unterrichtsstunden	insgesamt

u.s.w.

## 10. Curriculum (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes)

Der Universität mit aufgeschlüsselten Inhalten der gelehrt Fächer aus dem Studienzeitraum

## 11. Berufszulassungsurkunden (sofern zutreffend)

Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden

## 12. Bisher erteilte Berufserlaubnisse (sofern zutreffend)

Sofern Sie zuletzt in einem anderen Bundesland tätig waren, eine Kopie der Berufserlaubnis, ggf. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Kenntnisprüfung

## 13. Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit (sofern zutreffend)

## 14. Nachweise über Fachweiterbildungen, Fortbildungen etc. (sofern zutreffend)

## 15. Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing

der zuständigen Behörde des Landes, in dem zuletzt ärztliche Tätigkeiten ausgeübt wurden.

## 16. Nachweis über Deutschkenntnisse

Nachweis durch Vorlage eines Zertifikates über eine bestandene Prüfung auf dem Niveau B2 (nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen* (GER) des Europarates)

## 17. Stellennachweis

Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg

# BERUFSERLAUBNISANTRAG

Sozialbehörde  
Amt für Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Heilberufe G11361 / G11362 / G11363  
Postfach 760 106  
22051 Hamburg

(Vordruck 1)

Besucheranschrift:  
Billstraße 80  
20539 Hamburg

## Antrag auf Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung

Hiermit beantrage ich die Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes.

**Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!**

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

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die ärztliche Berufserlaubnis beantragt habe.
- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren 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 ärztliche Berufserlaubnis eine Gebühr in Höhe von derzeit 250,00 bis 450,00 € (je nach Aufwand) zzgl. Porto per Gebührenbescheid erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Post an meine o. g. Anschrift gesandt.

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**

**Angaben zum Antrag**

**In welchem Krankenhaus oder anderen Einrichtung und bei welchem Arzt/Zahnarzt soll der (zahn)ärztliche Beruf ausgeübt werden?**

Anschrift \_\_\_\_\_

**In welcher Funktion wollen Sie tätig werden?**

- Assistenz(zahn-) arzt
- Gast(zahn-) arzt
- Praxisvertreter
- Entlastungsassistent
- Ausbildungsassistent
- Andere Funktion

**Zweck der (zahn) ärztlichen Berufsausübung in Deutschland**

- Weiterbildung
- Erwerb spezieller Kenntnisse/Fortbildung
- Stipendium
- anderer Zweck \_\_\_\_\_

**Für welchen Zeitraum wird die Erlaubnis beantragt?**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sozialbehörde  
Amt für Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
G 11361 / G 11362 / G11363  
Postfach 760 106  
D-22051 Hamburg

(Vordruck 2)

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt

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

Frau / Herr

Name, Vorname:

---

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 ungeeignet ist.
- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes ungeeignet ist.

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

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

(Praxisstempel)

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