

# BERUFSERLAUBNIS

## **Ansprechpartnerin und Ansprechpartner:**

Frau Vanessa Catalán Sánchez (A - H)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3796

E-Mail: [vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de](mailto:vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de)

Frau Jana von Natzmer (I - Z)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3226

E-Mail: [janavon.natzmer@soziales.hamburg.de](mailto:janavon.natzmer@soziales.hamburg.de)

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

Postfach 760 106, 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 64,00 € und 360,00 € erhoben.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen (Punkt 1 - 15) im Original mit je einer einfachen Kopie für den Verbleib im Landesprüfungsamt oder in amtlich beglaubigter Kopie einzureichen. Amtliche Urkunden die außerhalb von Deutschland erstellt worden sind, müssen durch eine Apostille oder Legalisation bestätigt sein. Information hierzu unter: [http://www.konsularinfo.diplo.de/Vertretung/konsularinfo/de/05/Urkundenverkehr\\_Allgemein/Urkundenverkehr.html](http://www.konsularinfo.diplo.de/Vertretung/konsularinfo/de/05/Urkundenverkehr_Allgemein/Urkundenverkehr.html). Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen.

- 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. Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0,** (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes)  
das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf

Hinweis: Das Führungszeugnis ist beim Bezirksamt/Kundenzentrum zu beantragen und direkt an die Sozialbehörde, Amt für Gesundheit, Landesprüfungsamt für Heilberufe, G 1136/G 1137, Postfach 760 106, 22051 Hamburg zu schicken.

7. **Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2** - (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes) 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.
8. **Ausbildungsnachweis(e)**,  
Nachweis über die abgeschlossene ärztliche Ausbildung (z.B. Diplom)
9. **Individualisierte Fächer- und Stundenübersicht**,  
der die tatsächlich gelehrteten Fächer und Stunden sowie die Stunden der abgeleisteten 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 gelehrteten Fächer aus dem Studiumszeitraum
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 weitere absolvierte fachspezifische Ausbildungsgänge** (sofern zutreffend)  
Zeugnisse über im Heimatland oder in anderen Ländern ausgeübte ärztliche Tätigkeiten, die Art und Dauer der Tätigkeit ausführlich dokumentieren
14. **Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit**(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 - G1136/G1137 -  
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 61,00 bis 350,00 € (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 zur beruflichen Qualifikation**

Studium der Zahn/Humanmedizin von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Genauere Bezeichnung der Fachrichtung \_\_\_\_\_  
Genauere Bezeichnung der Hochschule \_\_\_\_\_  
Erwerb des Diploms am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Praktische Ausbildung nach dem Studium (Internatur, Internship, Ordinatur etc.)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Promotion am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Fach(zahn-) arztanerkennung am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

(Zahn) ärztliche Berufsausübung

im Ausland von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
in Deutschland von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**Angaben zum Aufenthalt**

Aufenthalt im Bundesgebiet seit \_\_\_\_\_

**Angaben zum Familienstand**

- ledig
- verheiratet, dann bitte folgende Angaben zum Ehegatten

Familiennamen: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sozialbehörde  
Amt für Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
G 1136 / G 1137

(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  
 Zahnärztin/Zahnarzt

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.

Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch akute oder chronische Erkrankungen (Infektionserkrankungen wie z. B. Hepatitis B und C) oder Suchterkrankungen vorliegen.

- 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