

VERLÄNGERUNGSANTRAG

Name (ggf. Geburtsname), Vorname: _____

Straße/Nr., PLZ, Ort: _____

Telefon, E-Mail-Adresse: _____

**Sozialbehörde
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 1136 / G1137
Postfach 760 160
20251 Hamburg**

Antrag auf Verlängerung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 Bundesärzteordnung (BÄO)

Hiermit beantrage ich die Verlängerung meiner ärztlichen Berufserlaubnis

für den Zeitraum vom: bis: Grund:

Ich bin im Besitz einer Berufserlaubnis seit:

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass die Verlängerung der Berufserlaubnis gemäß Tarif-Nr. 1.1.3 der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen gebührenpflichtig ist und die Gebühr per Gebührenbescheid erhoben wird. Sofern der Antrag zurückgenommen wird, nachdem mit der sachlichen Bearbeitung begonnen wurde, diese aber noch nicht beendet ist, ermäßigt sich die Gebühr nach § 12, Absatz 2, Satz 1 des Hamburgischen Gebührengesetzes (GebG) in der derzeitigen Fassung um die Hälfte. Wird Ihr Antrag aus einem anderen Grund als Unzuständigkeit ganz oder überwiegend abgelehnt, so ermäßigt sich die Gebühr um ein Viertel (§ 12, Absatz 2, Satz 2 GebG). Weiter erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landesprüfungsamt für Heilberufe der Ärztekammer Hamburg eine Kopie meiner Berufserlaubnis übersendet und der Kammer gegenüber Auskünfte über das Vorliegen einer Berufserlaubnis erteilt.

Folgende Unterlagen füge ich bei bzw. werde ich beantragen:

- **Bestätigung des Arbeitgebers über die (Weiter-)Beschäftigung**
- **Ärztliche Bescheinigung** (siehe Anlage), nicht älter als drei Monate
- **Amtliches Führungszeugnis** der Belegart 0, nicht älter als drei Monate
Hinweis: Das Führungszeugnis ist beim Bezirksamt/Kundenzentrum zu beantragen und direkt an das Landesprüfungsamt für Heilberufe, Postfach 760 106, 22051 Hamburg senden zu lassen.

ERKLÄRUNG über anhängige Straf- bzw. Ermittlungsverfahren:

- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Straf- oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist.
- Ich kann die vorstehende Erklärung nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

(Datum, Unterschrift)



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

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