

BERUFSERLAUBNIS

Ansprechpartnerinnen:

Frau Vanessa Catalán Sánchez (A - G)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3796

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

Frau Bettina Bertog (H - L)

Telefon: + 49 40 428 37 - 4434

E-Mail: bettina.bertog@soziales.hamburg.de

Frau Jana von Natzmer (M - Z)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3226

E-Mail: 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**
für die Teilnahme an Kongressen (sog. Live-Operationen)
nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO) bzw. § 13 des Zahnheilkundengesetzes (ZHG)
- Ausbildung **außerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz -

Die Erteilung der Berufserlaubnis erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag.

Für die Erteilung der Berufserlaubnis wird eine Verwaltungsgebühr von 100,00 € erhoben.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen (Punkt 1 - 7) **in Kopie** einzureichen. 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. Identitätsbescheinigung in Kopie**
(Reisepass, Reiseausweis)
- 4. Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2),**
- 5. Ausbildungsnachweis(e)**
(Nachweis über die abgeschlossene ärztliche Ausbildung, z.B. Diplom, Bachelor)
- 6. Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing**
Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des (zahn) ärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden
- 7. Nachweis über ausreichende Berufshaftpflichtversicherung**
(persönlich oder kollektiv durch das Krankenhaus)

BERUFSERLAUBNISANTRAG

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

(Vordruck 1)

Besucheranschrift:
Billstraße 80
20539 Hamburg

Antrag

zur 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 bzw. zahnärztlichen Berufes.

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	
Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße/Nr.	
PLZ + Ort	
Staatsangehörigkeit	
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.

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 Berufserlaubnis aufnehmen werde.

Datum/Unterschrift

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