APPROBATION

Kontakt:
Frau Weiß
Telefon: (040) 428 37 – 3794
E-Mail: katrin.weiss@soziales.hamburg.de

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

Besucheranschrift:
Billstraße 80, 20539 Hamburg

HINWEISE
zur Erteilung einer Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut
nach § 2 PsychThG
- Ausbildung in Deutschland -

Die Erteilung der Approbation erfolgt auf Antrag. Eine Zuständigkeit der Sozialbehörde besteht, wenn die psychotherapeutische Prüfung in Hamburg abgelegt wurde.
Amtliche Urkunden, die außerhalb der EU erstellt wurden, müssen durch eine Apostille oder Legalisation bestätigt sein. Information hierzu unter: http://www.konsularinfo.diplo.de/Vertretung/konsularinfo/de/05/Urkundenverkehr__Allgemein/Urkundenverkehr.html
Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen eines in Deutschland staatlich vereidigten Übersetzers vorzulegen.
Für die Erteilung der Approbation wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 125,00 € bis 260,00 € erhoben. Bei einem Wohnsitz im Ausland erfolgt die Antragsbearbeitung erst nach Eingang einer Gebührenvorauszahlung.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. **Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
   (im Original)

2. **Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
   (im Original)

3. **Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0,**
   das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf
   Hinweis: 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 0, gemäß § 30 Abs. 5 BZRG**) beantragen. Empfänger ist das Landesprüfungsamt Hamburg, Behördenkennzeichen **K6392Q**.

4. **Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2),**
   eines in Deutschland niedergelassenen Arztes, die zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht berücksichtigt.

5. **Identitätsnachweis** (Personalausweis oder Reisepass)

6. **Masterurkunde über den Abschluss eines Studiums gemäß den §§ 7 und 9 PsychThG**

7. **Zeugnis über das Bestehen der psychotherapeutischen Prüfung**

Die Nachweise 5. bis 7. liegen der Sozialbehörde i.d.R. vor und müssen nicht erneut eingereicht werden.

APPROBATION

Vordruck 1

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G1134
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Antrag zur Erteilung der Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut

Hiermit beantrage ich gemäß § 2 Psychotherapeutengesetz die Erteilung der Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut.

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	
Name	
Vorname/n	
Geburtsname (falls abweichend)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße/ Nr.	
PLZ/ Ort	
Staatsangehörigkeit	
Telefon-Nr./ E-Mail	

☐ Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die Approbation 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/n Erklärung/en 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 Approbation eine Gebühr in Höhe von derzeit 125,00 € bis 260,00 € zzgl. Porto erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Einschreiben/ Rückschein 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 psychotherapeutische Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

_____

Datum / Unterschrift

APPROBATION

Vordruck 2

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G1134
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die
Erteilung der Approbation als Psychotherapeutin / Psychotherapeut

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 der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten **ungeeignet** ist.

☐ in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten **ungeeignet** ist.

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

_____
Ort, Datum

(Praxisstempel)

_____
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Hamburg