

Erteilung einer Berufserlaubnis nach § 11 der Bundes-Apothekerordnung (BApO) - 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 60,00 € und 360,00 € erhoben.

Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen. 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.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen (Punkt 1 - 15) im **Original oder in amtlich beglaubigter Ablichtung mit je einer einfachen Kopie** für den Verbleib im Landesprüfungsamt einzureichen:

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
(incl. einer Aufstellung über den beruflichen Werdegang)
- 3. Geburtsurkunde,**
bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsnachweis,**
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Amtliches Führungszeugnis der Belegart OB,**
das zum Zeitpunkt der Erteilung der Berufserlaubnis 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 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. „Pharmazie“ an.**

Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: [BfJ - Service-Center-Führungszeugnis \(bund.de\)](http://bfj-service-center-fuehrungszeugnis.bund.de)

BERUFSERLAUBNIS

eines in Deutschland niedergelassenen Arztes der Allgemeinen oder Inneren Medizin, die zum Zeitpunkt der Erteilung der Berufserlaubnis nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen, die von Familienangehörigen und Lebenspartnern ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.

7. Ausbildungsnachweis(e)

8. Fächer- und Stundenübersicht (pro Semester)

der die tatsächlich gelehrt Fächer und Stunden sowie die Stunden der abgeleiteten praktischen Ausbildung (z.B. Internatur) 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.

9. Berufszulassungsurkunden (sofern zutreffend) anderer Staaten (weltweit)

10. Bisher erteilte Berufserlaubnisse (sofern zutreffend) in der Bundesrepublik Deutschland, ggf. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Eignungs-/ Kenntnisprüfung.

11. Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit (sofern zutreffend)

12. Nachweise über Fachweiterbildungen (sofern zutreffend)

13. Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing der zuständigen Behörde/n des Landes/der Länder, in dem/denen zuletzt Tätigkeiten als Apothekerin/Apotheker ausgeübt wurden.

14. Nachweis über Deutschkenntnisse (nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen* (GER) des Europarates) Nachweis durch Vorlage eines Zertifikates über eine bestandene Prüfung auf dem Niveau B2, oder alternativ durch persönliche Vorsprache

15. Stellennachweis Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg

BERUFSERLAUBNIS

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 11311
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Vordruck 1

Ansprechpartnerin:

Frau Blumhagen
Telefon: +49 40 42837-3782
E-Mail: nicole.blumhagen@soziales.hamburg.de
Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes

Hiermit beantrage ich gemäß § 11 Bundes-Apothekerordnung die Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes.

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	Frau O	Herr O
Name		
Vorname/n		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Straße / Nr.		
PLZ / Ort		
Staatsangehörigkeit		
Telefon-Nr. / E-Mail		

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die Erlaubnis 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 Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes eine Gebühr in Höhe von derzeit 65,00 € bis 365,00 € (je nach Aufwand) zzgl. Porto per Gebührenbescheid 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 eine Tätigkeit als Apotheker/in erst nach der Erteilung der beantragten Erlaubnis aufnehmen werde.

Datum / Unterschrift

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
Postfach 760 106 | 22051 Hamburg
Telefon: 040 428 37-0 | www.hamburg.de/landespruefungsamt
Stand: 04/2022

BERUFSERLAUBNIS

Angaben zur beruflichen Qualifikation

Studium der Pharmazie von _____ bis _____ in _____
Genauere Bezeichnung der Fachrichtung _____
Genauere Bezeichnung der Hochschule _____
Erwerb des Diploms am _____ in _____

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

von _____ bis _____ in _____

Berufsübung

im Ausland.....von _____ bis _____ in _____
von _____ bis _____ in _____
in Deutschland.....von _____ bis _____ in _____
von _____ bis _____ in _____

Angaben zum Antrag

In welcher Apotheke soll der Beruf des Apothekers ausgeübt werden?

Anschrift _____

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

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 11311
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Vordruck 2

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt der Allgemeinen oder Inneren Medizin

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes

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 des Apothekers/der Apothekerin 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 des Apothekers/der Apothekerin ungeeignet ist.

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

Ort, Datum

(Praxisstempel)

Unterschrift der Ärztin /des Arztes

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

In Kenntnis einer eidesstattlichen Versicherung und der Strafbarkeit der Abgabe einer falschen eidesstattlichen Versicherung versichere ich,

Name

Vorname:

geb. am:

hiermit eidesstattlich zur Vorlage bei der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Landesprüfungsamt für Heilberufe, dass ich

in **(Land)**

studiert habe und über eine abgeschlossene Ausbildung als **Apothekerin / Apotheker** verfüge.

Ich bin in meinem Heimatland berechtigt, diesen Beruf uneingeschränkt auszuüben.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass eine eidesstattliche Versicherung eine nach den §§ 156, 161 Strafgesetzbuch (StGB) strafbewehrte Bestätigung der Richtigkeit meiner Erklärung ist. Mir sind die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen, d. h. nicht den Tatsachen entsprechenden, oder unvollständigen Erklärung, d. h. das Verschweigen der wesentlichen Tatsachen bekannt.

Nach § 156 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung vorsätzlich falsch abgibt. Nach § 161 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung fahrlässig falsch abgibt.

Hamburg, den.....

.....
Unterschrift

Name, Vorname:

**Beauftragung zur Erstellung
eines detaillierten Gutachtens über die Feststellung
der Referenzqualifikation
meines im Ausland absolvierten Studiums**

Hiermit bitte ich um die Beauftragung der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen zur Erstellung eines detaillierten Gutachtens zur Gleichwertigkeit meines im Ausland absolvierten Studiums.

Die für die Erstellung notwendigen Unterlagen

- Identitätsnachweis
- Tabellarische Aufstellung der absolvierten Ausbildungsgänge in deutscher Sprache
- Im Ausland erworbene Ausbildungsnachweise mit deutscher Übersetzung
- Bescheinigung über die Berechtigung zur Berufsausübung im Herkunftsstaat mit deutscher Übersetzung
- Sonstige Befähigungsnachweise, sofern diese zur Feststellung der Gleichwertigkeit erforderlich sind

Füge ich anliegend bei, bzw. liegen bereits vor.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die hierfür bei der Gutachtenstelle entstehenden Kosten in Höhe von 206 € zu übernehmen. Ich erhalte hierüber nach Erstellung des Gutachtens eine Auslagen-Rechnung durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe.

Hamburg, den
(Datum)

.....
(Unterschrift)

Name, Vorname:

Beauftragung zur Überprüfung der Echtheit einer ausländischen Berufsqualifikation.

Hiermit bitte ich um die Beauftragung der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen zur Überprüfung der Echtheit einer ausländischen Berufsqualifikation.

Die für die Erstellung notwendigen Unterlagen füge ich anliegend bei, bzw. liegen bereits vor.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die hierfür bei der Gutachtenstelle entstehenden Kosten in Höhe von 145 € zu übernehmen. Ich erhalte hierüber nach der erfolgten Überprüfung eine Auslagen-Rechnung durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe.

Hamburg, den
(Datum)

.....
(Unterschrift)