

HINWEISE APPROBATION

Erteilung einer Approbation als Apotheker/in nach § 4 der Bundes-Apothekerordnung (BApO) - Ausbildung innerhalb der EU/des EWR und der Schweiz -

Die Erteilung der Approbation erfolgt auf Antrag. 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

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

Für die Bearbeitung eines Approbationsantrages wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 130,00 € bis 270,00 € erhoben. Bei einem Wohnsitz im Ausland erfolgt die Antragsbearbeitung erst nach Eingang einer Gebührenvorauszahlung.

Für die Erteilung der Approbation sind folgende Unterlagen **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 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 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://www.bfj.de/Service-Center-Fuehrungszeugnis)

HINWEISE APPROBATION

6. **Ärztliche Bescheinigung einer Ärztin / eines Arztes der Allgemeinen oder Inneren Medizin (Vordruck 2),**
eines in Deutschland niedergelassenen Arztes, die zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen, die von Familienangehörigen und Lebenspartnern ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.
7. **Ausbildungsnachweis(e),**
Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des Apothekerberufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden (z.B. Diplom) gem. Anhang V Nr. 5.6.2 der Richtlinie 2005/36/EG „Ausbildungsnachweise für den Apotheker“.
8. **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.
9. **Einverständniserklärung IMI (Vordruck 3)**
10. **Nachweis über Deutschkenntnisse,**
(nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen* (GER) des Europarates)
 - **allgemein:** Nachweis durch Vorlage eines Zertifikates über eine bestandene Prüfung auf dem Niveau B2
 - **Fachsprachenprüfung:** Nachweis einer bei der Apothekerkammer Hamburg abzulegenden Fachsprachenprüfung auf dem Niveau C 1 (spätestens bis zur Approbationserteilung).
11. **Stellennachweis / Absichtserklärung**
Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg (**Original und Kopie**) bzw. Absichtserklärung, dass der Beruf der Apothekerin / des Apothekers zukünftig in Hamburg ausgeübt werden soll (**Original**).

ANTRAG APPROBATION

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 zur Erteilung der Approbation als Apotheker/in

Hiermit beantrage ich gemäß § 4 Bundes-Apothekerordnung die Erteilung der Approbation als Apotheker/in.

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 Approbation als Apotheker/in beantragt habe.
- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerechtlich verurteilt 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 130,00 bis 270,00 € (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 Approbation 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

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 Approbation als Apotheker/in

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

EINVERSTÄNDNIS IMI

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Landesprüfungsamt für Heilberufe

G 11311

Postfach 760 106

22051 Hamburg

Vordruck 3

Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Einverständniserklärung zur Nutzung des Binnenmarkt-Informationssystems (IMI)

Hiermit erkläre ich, _____,

geboren am _____,

mich damit einverstanden, dass die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg das Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) im Rahmen meines Antragsverfahrens auf Erteilung der Approbation als Apothekerin/Apotheker nutzt.

Die Informationen über IMI auf http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/about_de.html habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift