

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

Ansprechpartnerin und Ansprechpartner:

Frau Vanessa Catalán Sánchez (A - H)
Telefon: + 49 40 428 37 - 3796
E-Mail: vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de

Frau Jana von Natzmer (I - Z)
Telefon: + 49 40 428 37 - 3226
E-Mail: janavon.natzmer@soziales.hamburg.de

Besucheranschrift:
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Hinweise
über die Erteilung einer
Approbation als Ärztin/Arzt
nach § 3 der Bundesärzteordnung (BÄO)
- Ausbildung **innerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz -

Die Erteilung der Approbation erfolgt auf Antrag.

Für die Bearbeitung eines Approbationsantrages wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 133,00 € bis 360,00 € erhoben. Bei einem Wohnsitz im Ausland erfolgt die Antragsbearbeitung erst nach Eingang einer Gebührenvorauszahlung.

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 Erteilung der Approbation sind folgende Unterlagen im Original mit je einer einfachen Kopie für den Verbleib im Landesprüfungsamt oder in amtlich beglaubigter Kopie einzureichen:

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
- 3. Geburtsurkunde,**
bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsnachweis**
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Strafregisterauszug aus dem Heimat- oder Herkunftsland**
- 6. Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0,** (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes)
das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf

Hinweis: Das Führungszeugnis ist beim Bezirksamt/Kundenzentrum zu beantragen und direkt an die Sozialbehörde, Amt für Gesundheit, Landesprüfungsamt für Heilberufe, G 1136/G 1137, Postfach 760 106, 22051 Hamburg zu schicken.

7. **Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2 - nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes),** 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 anerkannt.
8. **Ausbildungsnachweis(e)**
Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden (z.B. Diplom) gem. Anhang V Nr. 5.1.1 der Richtlinie 2005/36/EG „Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung“.
9. **Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing**
der zuständigen Behörde/n des Landes/der Länder, in dem/denen zuletzt Tätigkeiten als Ärztin/Arzt ausgeübt wurden.
10. **Einverständniserklärung IMI (Vordruck 3)**
11. **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
 - **Fachsprache:** Nachweis durch eine bei der Ärztekammer Hamburg abzulegende Fachsprachenprüfung auf dem Niveau C 1 (spätestens bis zur Approbationserteilung).
12. **Stellennachweis / Absichtserklärung**
Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg bzw. Absichtserklärung, dass der Beruf der Ärztin / des Arztes zukünftig in Hamburg ausgeübt werden soll.

APPROBATIONSANTRAG

**Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe - G1136/G1137 -
Postfach 760 106
22051 Hamburg**

(Vordruck 1)

Besucheranschrift:
Billstraße 80
20539 Hamburg

Antrag

zur Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt

Hiermit beantrage ich gemäß § 3 Bundesärzteordnung die Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt.

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

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

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die ärztliche 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 850,00 € (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 die ärztliche Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

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

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

(Vordruck 3)

Einverständniserklärung zur Nutzung des Binnenmarkt-Informationssystems (IMI)

Hiermit erkläre ich, _____,

geboren am _____,

mich damit einverstanden, dass die Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg das Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) im Rahmen meines Antragsverfahrens auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt 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