

# APPROBATION EU

## **Ansprechpartnerinnen:**

Frau Vanessa Catalán Sánchez (A - G) (G11361)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3796

E-Mail: [vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de](mailto:vanessa.catalansanchez@soziales.hamburg.de)

Frau Bettina Bertog (H – L) (G11363)

Telefon: + 49 40 428 37 - 4744

E-Mail: [bettina.bertog@soziales.hamburg.de](mailto:bettina.bertog@soziales.hamburg.de)

Frau Jana von Natzmer (M - Z) (G11362)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3226

E-Mail: [janavon.natzmer@soziales.hamburg.de](mailto: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**

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 Erteilung der Approbation wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 170,00 € bis 340,00 € erhoben. Soweit Antragstellende keinen festen Wohnsitz im Inland nachweisen kann, können Vorauszahlungen in Höhe der voraussichtlich zu erhebenden Gebühr erhoben werden.

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

Für die Erteilung der Approbation sind folgende Unterlagen in amtlich oder notariell beglaubigter 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**
- 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. 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 anerkannt.

7. **Amtliches Führungszeugnis der Belegart OB,**  
das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf

**Hinweis zum Amtlichen Führungszeugnis (Behördenführungszeugnis):**

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. „Ärztin bzw. Arzt“ an. Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: [BfJ - Service-Center-Führungszeugnis \(bund.de\)](https://www.bfj.de/Service-Center-Fuehrungszeugnis)

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:** GER-B2-Zertifikat eines anerkannten Sprachinstituts (Goethe-Institut, telc GmbH, Test-DaF, ÖSD)
- **Fachsprache:** Fachsprachzertifikat GER-C1 (bei Vorlage nicht älter als drei Jahre), entsprechend den Anforderungen des auf der 87. Gesundheitsministerkonferenz vom 26./27. Juni 2014 beschlossenen Eckpunktepapiers zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen (vgl. [https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP\\_Oeffentl\\_Bereich.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf))

Die Fachsprachprüfungen unter anderem folgender Anbieter entsprechen den GMK-Vorgaben:

1. Ärztekammern der anderen Bundesländer
2. Prüfungszentren der Telc gGmbH
3. brmi-Akademie für Heilberufe
4. Freiburg International Academy (FIA)
5. Panacea 4U

Zertifikate über die Teilnahme an bloßen Fachsprachkursen reichen **nicht** aus!

Die Vorlage von Sprachzertifikaten ist entbehrlich, etwa bei

- Deutsch als Muttersprache
- Erwerb des universitären Ausbildungsnachweises auf Deutsch
- Abschluss einer mindestens zehnjährigen allgemeinbildenden Schulbildung erworben an einer deutschsprachigen Schule

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 G11361 / G11362 / G11363  
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 170,00 bis 340,00 € (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  
G11361 / G11362 / G11363

(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

# 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](http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/about_de.html) habe ich zur

Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift