

## **Ansprechpartnerin und Ansprechpartner:**

Frau Vanessa Catalán Sánchez (A - H)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3796

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

Frau Jana von Natzmer (I - Z)

Telefon: + 49 40 428 37 - 3226

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

**Sozialbehörde, Amt für Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Heilberufe**

Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Besucheranschrift:

Billstraße 80, D-20539 Hamburg

## **Hinweise**

zur Erteilung einer

**Approbation als Ärztin/Arzt** nach § 3 der Bundesärzteordnung (BÄO)

- Ausbildung **außerhalb** 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 850,00 € 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](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 (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. 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).
9. **Individualisierte Fächer- und Stundenübersicht (pro Semester)**  
der die tatsächlich gelehrteten Fächer und Stunden sowie die Stunden der abgeleiteten praktischen Ausbildung (z.B. Internatur, Internship, Ordinatur) 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. **Curriculum** (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes) der Universität mit aufgeschlüsselten Inhalten der gelehrteten Fächer
10. **Berufszulassungsurkunden** (sofern zutreffend) anderer Staaten (weltweit)
11. **Bisher erteilte Berufserlaubnisse** (sofern zutreffend) in der Bundesrepublik Deutschland, ggf. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Eignungs-/ Kenntnisprüfung.
12. **Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit** (sofern zutreffend)
13. **Nachweise über Fachweiterbildungen** (sofern zutreffend)
14. **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.
15. **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, oder alternativ durch persönliche Vorsprache
  - **Fachsprache:** Nachweis durch eine bei der Ärztekammer Hamburg abzulegende Fachsprachenprüfung auf dem Niveau C 1 (spätestens bis zur Approbationserteilung).
16. **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 berufsgerecht 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 mindestens 133 € (Ausbildung innerhalb der EU) bis 360 € (Ausbildungen außerhalb der EU) erhoben wird. Zusätzlich können weitere Kosten (z.B. für Ausdrücke, Feststellung der Gleichwertigkeit, Fachsprachenprüfung, Gutachten und/oder Kenntnisprüfung) entstehen, die per Gebührenbescheid erhoben werden. 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

# 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 beim Landesprüfungsamt für Heilberufe, dass ich

**in** ..... **(Land)**

studiert habe und über eine abgeschlossene Ausbildung als

**Ärztin/Arzt**

verfüge. **Ich bin in meinem Heimatland berechtigt, diesen Beruf uneingeschränkt auszuüben. Zudem versichere ich, dass ich bisher wegen beruflicher Vergehen disziplinarisch nicht belangt wurde.**

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  
der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe  
mit Überprüfung der Echtheit  
meiner ausländischen Berufsqualifikation  
- Humanmedizin -**

Hiermit beauftrage ich die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen mit der Überprüfung der Echtheit meiner 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)

Name, Vorname: .....

**Beauftragung  
der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe  
mit der Feststellung der Referenzqualifikation  
meines im Ausland absolvierten Studiums  
- Humanmedizin -**

Hiermit beauftrage ich die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen mit der Feststellung der Referenzqualifikation 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)