

Ansprechpartnerin und Ansprechpartner:

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

Herr Heinz Gründken (I - Z)
Telefon: + 49 40 428 37 - 3226
E-Mail: heinz.gruendken@soziales.hamburg.de

Landesprüfungsamt für Heilberufe

Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Hinweise

zur Erteilung einer **Berufserlaubnis**
nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO) bzw. § 13 des Zahnheilkundegesetzes (ZHG)
- 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 64,00 € und 360,00 € erhoben.

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

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
- 3. Geburtsurkunde,**
bei Verheirateten zusätzlich die Heiratsurkunde oder einen Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsbescheinigung,**
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Strafregisterauszug aus dem Heimat- oder Herkunftsland**
(nur bei Antragstellern, deren Einreise nach Deutschland weniger als drei Monate zurückliegt)
- 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 Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Landesprüfungsamt für Heilberufe, G 1136/G 1137, Billstraße 80, 20539 Hamburg zu schicken.

7. **Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2** - (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes) eines in Deutschland niedergelassenen Arztes, die zum Zeitpunkt der Erteilung der Berufserlaubnis nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.
8. **Ausbildungsnachweis(e)**,
Nachweis über die abgeschlossene (zahn-) ärztliche Ausbildung (z.B. Diplom)
9. **Individualisierte Fächer- und Stundenübersicht**,
der die tatsächlich gelehrteten Fächer und Stunden sowie die Stunden der abgeleisteten 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.

10. **Curriculum** (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes)
Der Universität mit aufgeschlüsselten Inhalten der gelehrteten Fächer aus dem Studiumszeitraum
11. **Berufszulassungsurkunden** (sofern zutreffend)
Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des (zahn) ärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden
12. **Bisher erteilte Berufserlaubnisse** (sofern zutreffend)
Sofern Sie zuletzt in einem anderen Bundesland tätig waren, eine Kopie der Berufserlaubnis, ggf. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Kenntnisprüfung
13. **Nachweise über weitere absolvierte fachspezifische Ausbildungsgänge** (sofern zutreffend)
Zeugnisse über im Heimatland oder in anderen Ländern ausgeübte (zahn) ärztliche Tätigkeiten, die Art und Dauer der Tätigkeit ausführlich dokumentieren
14. **Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit**(sofern zutreffend)
15. **Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing**
der zuständigen Behörde des Landes, in dem zuletzt ärztliche Tätigkeiten ausgeübt wurden.
16. **Nachweis über Deutschkenntnisse**
Nachweis durch Vorlage eines Zertifikates über eine bestandene Prüfung auf dem Niveau B2 (nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen* (GER) des Europarates)
17. **Stellennachweis**
Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg

BERUFSERLAUBNISANTRAG

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 1136 / 1137
Billstraße 80
20539 Hamburg

(Vordruck 1)

Antrag

zur Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des

- ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung
- zahnärztlichen Berufes nach § 13 des Zahnheilkundegesetzes

Hiermit beantrage ich die Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berufes.

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 (zahn-) ärztliche Berufserlaubnis 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 Erklärung 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 (zahn-) ärztliche Berufserlaubnis eine Gebühr in Höhe von derzeit 61,00 bis 350,00 € (je nach Aufwand) zzgl. Porto per Gebührenbescheid erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Post 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

Angaben zur beruflichen Qualifikation

Studium der Zahn/Humanmedizin von _____ bis _____ in _____
Genauere Bezeichnung der Fachrichtung _____
Genauere Bezeichnung der Hochschule _____
Erwerb des Diploms am _____ in _____

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

von _____ bis _____ in _____
Promotion am _____ in _____
Fach(zahn-) arztanerkennung am _____ in _____

(Zahn) ärztliche Berufsausübung

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

Angaben zum Antrag

In welchem Krankenhaus oder anderen Einrichtung und bei welchem Arzt/Zahnarzt soll der (zahn)ärztliche Beruf ausgeübt werden?

Anschrift _____

In welcher Funktion wollen Sie tätig werden?

- Assistenz(zahn-) arzt
- Gast(zahn-) arzt
- Praxisvertreter
- Entlastungsassistent
- Ausbildungsassistent
- Andere Funktion

Zweck der (zahn) ärztlichen Berufsausübung in Deutschland

- Weiterbildung
- Erwerb spezieller Kenntnisse/Fortbildung
- Stipendium
- anderer Zweck _____

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

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Approbation als

- Ärztin/Arzt
 Zahnärztin/Zahnarzt

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