DIENSTLEISTUNGSERBRINGER

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
- Anerkennung Akademische Heilberufe -
Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Bitte nutzen Sie zur Kontaktaufnahme ab sofort nur noch unser Funktionspostfach:

anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de

Hinweise für die Meldung von Dienstleistungserbringer nach § 10 b der Bundesärzteordnung (BÄO)

– Ausbildung **innerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz –

– **mit** deutschen Sprachkenntnissen auf **B2**-Level –

Staatsangehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, die zur Ausübung des ärztlichen Berufs in einem anderen Mitgliedstaat berechtigt sind und die als Dienstleistungserbringer im Sinne des § 10 b der Bundesärzteordnung (BÄO) vorübergehend und gelegentlich den ärztlichen Beruf in Hamburg ausüben wollen, haben vor Erbringung der Dienstleistung der zuständigen Behörde schriftlich diese zu melden. Die Meldung als Dienstleister ist bei Bedarf jährlich zu wiederholen. Es sind **deutsche Sprachkenntnisse mindestens auf B2-Level** erforderlich.

Mit dieser Meldung sind folgende Unterlagen (Punkt 1 - 5) einzureichen. Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen.

1. **Identitätsbescheinigung in Kopie** (Reisepass, Reiseausweis)
2. **Bescheinigung, dass die Ärztin/der Arzt in einem Mitgliedsstaat rechtmäßig niedergelassen ist, ihm die Ausübung des Berufes zum Zeitpunkt der Vorlage der Bescheinigung nicht, auch nicht vorübergehend, untersagt ist, und keine Vorstrafen hat.**
3. **Nachweis über die Berufsqualifikation** (z.B. Diplom, Bachelor)
4. **Nachweis über ausreichende Berufshaftpflichtversicherung** (persönlich oder kollektiv durch das Krankenhaus)
5. **Nachweis ausreichender Kenntnisse der deutschen Sprache (B2)**

DIENSTLEISTUNGSERBRINGER

Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
- Anerkennung Akademische Heilberufe -
Postfach 760 106, 22051 Hamburg

(Vordruck 1)

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

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

Hiermit melde ich die Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des § 10 b der Bundesärzteordnung (BÄO).

_____

Datum / Unterschrift des Dienstleistungserbringers

Die Ärztin / der Arzt wird für die Zeit vom ..... bis .....

im Krankenhaus/Abteilung bzw. in der Praxis .....

..... beschäftigt.

_____

Datum / Unterschrift der Ärztin / des Arztes

(Krankenhaus-/Praxisstempel)

Hamburg