VERLÄNGERUNGSANTRAG

Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
- Anerkennung Akademische Heilberufe -
Postfach 760 106
D-22051 Hamburg
E-Mail: anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de

(Vordruck 1)

Antrag zur Verlängerung der Berufserlaubnis

Hiermit beantrage ich die Verlängerung meiner Berufserlaubnis als (bitte ankreuzen)

☐ **Ärztin/Arzt** ☐ **Zahnärztin/Zahnarzt** ☐ **Apothekerin/Apotheker**

für den Zeitraum von ..... bis .....

Arbeitgeber: .....

Ich bin im Besitz einer Berufserlaubnis seit: .....

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass die Verlängerung der Berufserlaubnis gemäß Tarif-Nr. 1.1.3 der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen gebührenpflichtig ist und die Gebühr per Gebührenbescheid erhoben wird. Weiter erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landesprüfungsamt für Heilberufe der zuständigen Berufskammer in Hamburg eine Kopie meiner Berufserlaubnis übersendet und der Kammer gegenüber Auskünfte über das Vorliegen einer Berufserlaubnis erteilt.

Folgende Unterlagen füge ich bei bzw. werde ich beantragen:

- **Bestätigung des Arbeitgebers über die (Weiter-)Beschäftigung**
- **Bei Verlängerung der Berufserlaubnis um das zweite Jahr:**
  Nachweis der bestandenen Fachsprachenprüfung bei der zuständigen Kammer Hamburg
- **Ärztliche Bescheinigung** (siehe Anlage), nicht älter als drei Monate
- **Amtliches Führungszeugnis** der Belegart 0B, nicht älter als drei Monate

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 Hamburgs) den Hinweis geben, dass Sie ein „Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde“ (Belegart 0B, 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)

Erklärung über anhängige Straf- bzw. Ermittlungsverfahren:

☐ Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Straf- oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist.

☐ Ich kann die vorstehende Erklärung nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

Datum / Unterschrift

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
- Anerkennung Akademische Heilberufe -
Postfach 760 106
D-22051 Hamburg
E-Mail: anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de

(Vordruck 2)

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt

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

☐ **Ärztin/Arzt** ☐ **Zahnärztin/Zahnarzt** ☐ **Apothekerin/Apotheker**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass die Person:

☐ nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes ungeeignet ist.

☐ in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der Ärztin / des Arztes *(Praxisstempel)*

Hamburg