BERUFSERLAUBNIS

Antragsanschrift:

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

Besucheranschrift:
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Bitte nutzen Sie zur Kontaktaufnahme ab sofort nur noch unser Funktionspostfach:
anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de

Hinweise zur Erteilung einer Berufserlaubnis

für die Teilnahme an Kongressen (sog. Live-Operationen)
nach § 10 Abs. 1a der Bundesärzteordnung (BÄO) i.V.m. § 35 ÄApprO

- Ausbildung **außerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz –
- Ausbildung **innerhalb** der EU - **OHNE deutsche Sprachkenntnisse** auf B2-Level –

Die Erteilung der Berufserlaubnis erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag.

Für die Erteilung der Berufserlaubnis wird je nach Bearbeitungsaufwand eine Verwaltungsgebühr zwischen 500,00 € und 750,00 € erhoben.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen (Punkt 1 - 9) **in Kopie** einzureichen. 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. **Identitätsbescheinigung in Kopie** (Reisepass, Reiseausweis)
4. **Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2),**
5. **Ausbildungsnachweis(e)**

   (Nachweis über die abgeschlossene ärztliche Ausbildung, z.B. Diplom, Bachelor)
6. **Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing**

   Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden
7. **Nachweis über ausreichende Berufshaftpflichtversicherung**

   (persönlich oder kollektiv durch das Krankenhaus)
8. **Polizeiliches Führungszeugnis aus dem Herkunftsland**
9. **Erklärung über besonderes Interesse (Vordruck 3)**

BERUFSERLAUBNISANTRAG

Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
- Anerkennung akademische Heilberufe -
Postfach 760 106
D-22051 Hamburg

(Vordruck 1)

Besucheranschrift:
Billstraße 80
20539 Hamburg

Antrag

zur Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 Abs. 1a der Bundesärzteordnung

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	
E-Mail:	

☐ 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.

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 Berufserlaubnis aufnehmen werde.

_____

Datum/Unterschrift

Hamburg

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
- Anerkennung akademische Heilberufe -
Postfach 760 106
D-22051 Hamburg

(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

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

Hamburg

BESONDERES INTERESSE

Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
- Anerkennung akademische Heilberufe -
Postfach 760 106
D-22051 Hamburg

(Vordruck 3)

Auszustellen vom durchführenden Krankenhaus

Frau / Herr ..... soll am ..... / vom ..... bis zum .....

an folgendem Ort ..... ärztlich tätig werden.

Die ärztliche Tätigkeit gestaltet sich im Wesentlichen wie folgt:
.....
.....
.....
.....

Es ist bekannt, dass die / der zu beaufsichtigende Berufsangehörige über keine bzw. nur unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. Es besteht dennoch ein besonderes Interesse an der Durchführung der ärztlichen Tätigkeit durch den Berufsangehörigen:
.....
.....
.....
.....

Folgende Sicherheitsmaßnahmen werden ergriffen, um etwaige Gefahren, die aus dem bestehenden Sprachdefizit erwachsen könnten, auszuschließen (bspw.: Festlegung von Englisch als OP-Sprache; Anwesenheit eines Dolmetschers; Anwesenheit zusätzlichen ärztlichen Notfallpersonals; Einsatz von nichtärztlichem OP-Personal mit angemessenen Englischkenntnissen usw.):
.....
.....
.....
.....
.....
.....

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift eines Zeichnungsberechtigten

Hamburg