

Antrag auf Erteilung der Approbation



Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz

heike.ver@gesundheit.bremen.de

Eingang der Unterlagen am:

- Arzt § 3 BÄO (Bundesärzteordnung)**
 Zahnarzt § 2 ZHG (Zahnheilkundegesetz)
 Tierarzt § 3 BTÄO (Bundes-Tierärzteordnung)
 Apotheker § 4 BApO (Bundes-Apothekerordnung)

► **Aktenzeichen** ◀ (nur durch die Behörde auszufüllen)

1. Angaben zur Person

- Frau Herr Divers

Name (ggf. auch Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum und Geburtsort	Familienstand
Anschrift in Deutschland: (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	Staatsangehörigkeit	E-Mail / Telefonnummer
Bezeichnung der Klinik oder Praxis in der eine Tätigkeit begonnen werden soll bzw. Niederlassungswunsch		

2. Ausbildungsverlauf / Studium der Humanmedizin, Zahnmedizin, Tiermedizin, Pharmazie:

Studienganges(Humanmedizin/Zahnmedizin/Pharmazie/Tiermedizin)	Ort/Land des Studiums
Zeitraum des Studiums/Datum der Abschlussprüfung	Zeitraum praktische Ausbildung, Ordinatur, Internatur o.ä.:
Haben Sie im Herkunftsland Ihr Studium abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ziel Ihrer beabsichtigten Tätigkeit im Lande Bremen <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Praktikum

3. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Tabellarischer Lebenslauf
2. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde/Namensänderungsurkunde, ggf. Staatsangehörigkeitsnachweis
3. gültiger Pass/deutscher Personalausweis, Aufenthaltserlaubnis - falls bereits vorhanden
4. Diplom/Nachweis abgeschlossenes **ärztliches, zahnärztliches, tierärztliches** Studium bzw. **pharmazeutisches Studium**, Fächer- und Notenübersicht
5. Bescheinigung der zuständige Behörde des Herkunftslandes über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des Berufs: „Certificate of good standing“, nicht älter als 3 Monate.
(Nur falls der Abschluss des Studiums länger als 6 Monate zurückliegt)
6. Anstellungsbestätigung/Nachweis wo die Tätigkeit im Land Bremen ausgeübt werden soll
7. Nachweis über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache (Sprachzertifikat mit Niveau mindestens B2 nach dem „Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen“) und ein Sprachtest (C1 und Fachsprache) bei der jeweils zuständigen Kammer – erfolgt nach Anmeldung durch die Behörde
8. Führungszeugnis Herkunftsland, ein polizeiliches Führungszeugnis Belegart „0“ aus Deutschland, sofern der Wohnsitz in Deutschland länger als 6 Monate ist
9. **bei EU-Studiengängen:** Konformitätsbescheinigung gemäß EU-Richtlinie 2005/36 EG
10. ärztliche Bescheinigung (siehe Seite 3 des Antrags)
11. **Alle Dokumente aus dem Herkunftsland sind von der deutschen Botschaft legalisieren zu lassen. Sollten Sie keine legalisierten Dokumente vorlegen können, ist der gleichwertige Kenntnisstand durch das Bestehen der Kenntnisprüfung nachzuweisen, um eine deutsche Approbation erlangen zu können.**

Die Erteilung der Approbation ist kostenpflichtig und beträgt zwischen € 170 und € 850.

Bitte auf Seite 2 des Antrags unterschreiben!

Antrag auf Erteilung der Approbation

Seite 2 von 4

Bitte einreichen bei ▼

┌

┐

Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz
Frau Vér
Contrescarpe 72
28195 Bremen

└

┘

1. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

1. Ich versichere, dass ich noch in keinem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung einer **Approbation** gestellt habe. Ich bin darüber informiert, dass ein etwaiger Antrag auf Erteilung der Approbation vor Bearbeitung dieses Antrages zurückgezogen worden sein muss.
2. Ich versichere, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig ist oder war. Sollte ein Verfahren anhängig sein oder gewesen sein, werde ich den Grund für die Einleitung des Verfahrens und das Aktenzeichen, unter dem das Verfahren bei der ermittelnden Institution geführt wird, nachfolgend angeben.

Eine entsprechende Erklärung zu 1. und/oder 2. kann ich nicht abgeben, weil

2. Einverständniserklärung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine antragsbezogenen Daten im Rahmen der Prüfung und je nach den Umständen des Einzelfalls an folgende Stellen weitergegeben werden:
1. Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB)
 2. IMI-Binnenmarkt-Informationssystem (IMI)

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

Hinweise:

1. Die Unterlagen sind im Original vorzulegen und jeweils einer einfachen Kopie zum Verbleib in der Behörde.
2. Sofern die Nachweise nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, ist **auch** jeweils eine von einem in der Bundesrepublik Deutschland öffentlich bestellten und **allgemein beeidigten** Dolmetscher beglaubigte Übersetzung vorzulegen.
3. Der Antrag kann erst bearbeitet werden, wenn das Antragsformular vollständig ausgefüllt ist **und** die erforderlichen Unterlagen vorliegen.
4. Datenschutzerklärung siehe Seite 3:

Antrag auf Erteilung der Approbation

Seite 3 von 4

Datenschutzerklärung:

Die für die Datenverarbeitung Verantwortliche Behörde der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz erhebt ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung der Antragstellung die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (nachfolgend DSGVO), insbesondere auf Basis der Art. 5 (1) und 6 (1) DSGVO.

Ihre Daten werden gelöscht, sofern Ihr Antrag abschließend bearbeitet worden ist und der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

<https://www.datenschutz-grundverordnung.eu/>

Zuständige Aufsichtsbehörde ist

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der
Freien Hansestadt Bremen
Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven
Telefon: +49 471 596 2010 oder +49 421 361 2010
Telefax: +49 421 496 18495
E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

Antrag auf Erteilung der Approbation

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung der Approbation

Frau / Herr / Divers

geb. am

wohnhaft in

ist am.....von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die / der Obengenannte nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ¹⁾ **Arzt / Zahnarzt / Tierarzt / Apotheker** ungeeignet ist. ²⁾

Besondere Hinweise:

....., den
Ort

.....
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

1) Unzutreffendes bitte streichen.

2) Eine entsprechende Bestätigung darf nicht ausgestellt werden, wenn eine auf einer Krankheit, Behinderung oder Sucht beruhende gesundheitliche Einschränkung so gravierend ist, dass sie die körperlichen und/oder geistigen Kräfte der/des Antragstellerin/Antragstellers in einer Weise schmälert, dass diese/r zu einer ordnungsgemäßen Ausübung des entsprechenden Berufs nicht befähigt ist.