

## Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing



**Freie Hansestadt Bremen**  
**Die Senatorin für Gesundheit,**  
**Frauen und Verbraucherschutz**  
[heike.ver@gesundheit.bremen.de](mailto:heike.ver@gesundheit.bremen.de)

Eingang der Unterlagen am:

- Arzt**  
 **Zahnarzt**  
 **Tierarzt**  
 **Apotheker**

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

### 1. Angaben zur Person

- Frau       Herr       Divers

Familienname, ggf. Geburtsname		Vornamen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		
Geburtsdatum	Geburtsort/-land	Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail	
Land in dem das Certificate vorgelegt werden soll	Jetzige Beschäftigungsstelle	

### 2. Beizufügende Unterlagen:

- amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde  
 ggf. amtlich beglaubigte Kopie der Promotionsurkunde  
 straf- und berufsrechtliche Erklärung (siehe Seite 2 des Antrags)  
 amtlich beglaubigte Kopie eines gültigen Personalausweises bzw. Reisepasses  
 polizeiliches Führungszeugnis Belegart „0“ (Führungszeugnis für Behörden) aus Deutschland  
 ärztliche Bescheinigung (siehe Seite 3 des Antrags)

**Das Certificate of good standing ist kostenpflichtig und wird mit € 45,50 in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich bereits im Ausland aufhalten, muss der in Rechnung gestellte Betrag eingegangen sein, bevor das Certificate ausgestellt wird.**

**Bitte auf Seite 2 des Antrags unterschreiben!**

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.

- 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 kann ich nicht abgeben, weil

---

### 2. Einverständniserklärung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine antragsbezogenen Daten im Rahmen der Prüfung an folgende Stellen – je nach Zugehörigkeit - weitergegeben werden:

Ärztchammer / Zahnärztkammer / Tierärztkammer / Apothekerkammer

---

Ort, Datum

---

eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

### **Hinweis:**

1. Der Antrag kann erst bearbeitet werden, wenn das Antragsformular vollständig ausgefüllt ist **und** die erforderlichen Unterlagen vorliegen.
2. Datenschutzerklärung siehe Seite 3:

## **Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing**

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](mailto:office@datenschutz.bremen.de)

Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing für einen Heilberuf

Frau / Herr .....

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 <sup>1)</sup> **Arzt / Zahnarzt / Tierarzt / Apotheker** ungeeignet ist. <sup>2)</sup>

Besondere Hinweise:

....., den .....  
Ort

.....  
Unterschrift und Stempel des 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.**