

## Antrag auf Erteilung der Approbation



**Freie Hansestadt Bremen  
Die Senatorin für Gesundheit,  
Frauen und Verbraucherschutz**

Bitte per E-Mail an:

[lpa-hb@gesundheit.bremen.de](mailto:lpa-hb@gesundheit.bremen.de)

Antrag auf Anerkennung als: (Zutreffendes bitte auswählen)

### 1. Angaben zur Person

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

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

Bezeichnung Studiengang (Zutreffendes bitte auswählen)	Land des Studiums	Datum Abschlussprüfung
Zeitraum des Studiums	Zeitraum praktische Ausbildung, Ordinator, Internatur, Residentur o.ä.:	
Wurde das Studium im Herkunftsland abgeschlossen? (Zutreffendes bitte auswählen)	Ziel der beabsichtigten Tätigkeit im Lande Bremen (Zutreffendes bitte auswählen):	

### 3. Dem Antrag sind folgende Unterlagen als PDF-Dokumente beizufügen und per E-Mail zuzusenden:

1. Tabellarischer Lebenslauf
2. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde/Namensänderungsurkunde, ggf. Staatsangehörigkeitsnachweis
3. gültiger Pass, Aufenthaltstitel, Visum, bzw. deutscher Personalausweis
4. Nachweis abgeschlossenes Studium (Diplom, Approbation) mit Legalisierungsvermerk oder Haager Apostille  
[Internationaler Urkundenverkehr - Auswärtiges Amt \(auswaertiges-amt.de\)](http://auswaertiges-amt.de)
5. Fächer- und Notenübersicht sowie Fächer- und Stundenübersicht
6. Nachweis praktische Ausbildung (sofern separat verfügbar)
7. Certificate of good standing, nicht älter als 3 Monate ab Antragstellung  
**(Nur falls der Abschluss des Studiums länger als 6 Monate zurückliegt erforderlich)**
8. Anstellungsbestätigung im Land Bremen, falls Hauptwohnsitz nicht in Bremen
9. Sprachzertifikat B2 (Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen Sprachen) Goethe, TestDaF, telc, ÖSD
10. Sprachtest (C1 und Fachsprache) bei der jeweils zuständigen Kammer – erfolgt nach Anmeldung durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz nach Antragstellung Erteilung Approbation
11. Polizeiliches Führungszeugnis Herkunftsland nicht älter als 6 Monate ab Antragstellung
12. Polizeiliches Führungszeugnis Belegart „OB“ aus Deutschland [BfJ - Führungszeugnis \(bundesjustizamt.de\)](http://bundesjustizamt.de)  
(Bei Wohnsitz in Deutschland seit mehr als 6 Monaten)
13. **bei EU-Studiengängen:** Konformitätsbescheinigung gemäß EU-Richtlinie 2005/36 EG
14. ärztliche Bescheinigung (siehe Seite 3 des Antrags) nicht älter als 4 Wochen ab Antragstellung

**Die Erteilung der Approbation ist kostenpflichtig und beträgt nach Aufwand zwischen € 192 und € 850.**

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

## Antrag auf Erteilung der Approbation

Seite 2 von 3

**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. In diesen Fall Kontaktdaten der Behörde mitteilen.**
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:

### **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) <https://anabin.kmk.org/anabin.html>
2. IMI-Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) [https://ec.europa.eu/internal\\_market/imi-net/index\\_de.htm](https://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/index_de.htm)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift der antragstellenden Person

### **Hinweise:**

1. Die Unterlagen sind im Original nach Terminvereinbarung vorzulegen.
2. Hier Termin vereinbaren: <https://termin.bremen.de/termine/select2?md=41>
3. Bei Nachweisen in nicht deutscher Sprache ist zusätzlich eine von einem **öffentlich bestellten und allgemein beeidigten** Dolmetscher in der Bundesrepublik Deutschland beglaubigte Übersetzung vorzulegen.
4. Der Antrag kann erst bearbeitet werden, wenn das Antragsformular vollständig ausgefüllt ist **und** die erforderlichen Unterlagen vorliegen.

### 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 der Approbation

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung der Approbation

(Zutreffendes bitte auswählen)

Name, Vorname

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:

Ort \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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.**