

Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing



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

Bitte per E-Mail an:

lpa-hb@gesundheit.bremen.de

Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing als: (Bitte Zutreffendes 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. Dem Antrag sind folgende Unterlagen als PDF-Dokumente beizufügen und per E-Mail zuzusenden:

1. amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde
2. ggf. amtlich beglaubigte Kopie der Promotionsurkunde
3. straf- und berufsrechtliche Erklärung (siehe Seite 2 des Antrags)
4. amtlich beglaubigte Kopie eines gültigen Personalausweises bzw. Reisepasses
5. Polizeiliches Führungszeugnis Belegart „0B“ aus Deutschland [BfJ - Führungszeugnis \(bundesjustizamt.de\)](http://bundesjustizamt.de)
6. ärztliche Bescheinigung (siehe Seite 3 des Antrags) nicht älter als 4 Wochen ab Antragstellung

Das Certificate of good standing ist kostenpflichtig und wird mit € 52 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!

Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing

Seite 2 von 3

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:

Einverständniserklärung:

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

Ärzttekammer / Zahnärztekammer / Tierärztekammer / Apothekerkammer

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der antragstellenden Person

Hinweis:

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

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

(Zutreffendes bitte auswählen)

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:

Ort _____, den _____

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.