



*Der Antrag ist mit deutlicher Druckschrift auszufüllen!
Name und Vorname/Geburtsname der/s Antragsteller/in
sind in amtlicher Schreibweise (Transliteration nach ISO-Norm 9)
anzugeben.*

**Hessisches Landesamt für Gesundheit
und Pflege
Außenstelle Frankfurt
Lurgiallee 10**

60439 Frankfurt am Main

Wird vom HLfGP ausgefüllt!

Eingang am:

M3 - _____

Ausbildungsland:

Antrag

**auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)
und Erlaubnis gem. § 10 BÄO**

I. Persönliche Angaben der/des Antragstellerin/s

Nachname	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne
Familienstand Geburtsname <small>(sofern durch Heirat/Namensänderung geändert)</small>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/geschieden
Vorname/n	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthalt in Deutschland seit	
Derzeitige Postanschrift in Deutschland	
Mailadresse Telefonnummer/n	
Ausbildungsland	

II. Erklärung zum Antrag

Ich habe in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis gestellt: nein ja, am _____ in _____

Ich habe eine/n Bewertung meiner Ausbildung/Feststellungbescheid: nein ja, bitte die Bewertung/den Feststellungbescheid beifügen.

Ich habe an der Kenntnisprüfung teilgenommen: nein ja, bitte angeben, in welchem Bundesland: _____

Ich erkläre, dass ich die Länder, in denen ich bisher meinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, nicht im Zusammenhang mit strafrechtlichen oder berufsbeschränkenden Maßnahmen verlassen habe.

Ein gerichtliches Strafverfahren/ Ermittlungsverfahren/berufsgewichtliches Verfahren gegen

mich liegt nicht vor

liegt vor wegen _____

im Ausland in der Bundesrepublik Deutschland.

Mir ist bekannt, dass erst bei Vollständigkeit der Unterlagen eine Bearbeitung/Entscheidung durch das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen möglich ist.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in mehreren Teilbeträgen erhoben. Die erste Gebührenfestsetzung erfolgt in der Regel mit dem Bescheid über das vollständige Vorliegen der erforderlichen Unterlagen.

Die Zustellung der Approbation erfolgt per Postzustellungsurkunde. Der Versand erfolgt nur an eine inländische Anschrift. Die Urkunde kann auch persönlich abgeholt werden (hierfür ist eine verbindliche Terminvereinbarung notwendig).

III. Antrag auf Berufserlaubnis

Ich beantrage außerdem eine Berufserlaubnis gem. § 10 BÄO, Anlage 2 ist beigelegt

Ärztliche Tätigkeiten mit einer Berufserlaubnis werden bei der fachärztlichen Weiterbildung grundsätzlich **nicht** angerechnet. Weitere Auskünfte hierzu erteilt die Landesärztekammer Hessen: www.laekh.de/aerzte/weiterbildung/weiterbildung-kontakt

IV. Vollmacht

Ich möchte mich im Antragsverfahren durch eine andere Person vertreten lassen, Anlage 5 ist beigelegt.

IV. Die Anlagen 1 bis 5 sind Bestandteil des Antrags.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

Anlage 1

Beigefügte Unterlagen sind angekreuzt (die amtlichen deutschen Übersetzungen sind mit angehängter Kopie des übersetzten Dokuments und einer einfachen Kopie der Übersetzung mit Anhang für die Unterlagen, die nicht in deutscher/englischer Sprache abgefasst sind, einzureichen. Bitte beachten Sie: Übersetzungen müssen in Deutschland angefertigt worden sein – www.justiz-dolmetscher.de -):

Für eine Begutachtung müssen die Original-Ausbildungsunterlagen mit einer Haager Apostille oder von der Deutschen Botschaft legalisiert sein – siehe hierzu Anlage 4.

Anträge auf Approbation und Berufserlaubnis, im Original mit amtlicher deutscher Übersetzung:

- Diplom als Ärztin/Arzt
- Fächerliste mit Angabe der Einzelnoten
- Ggf. Bescheinigung über den vollständigen Abschluss der Ausbildung (z.B. Internatur, Ordinatur, Residentur, Fachpraktische Ausbildung)
- Ggf. Bescheinigung über die Berechtigung zur Berufsausübung im Herkunftsstaat (Lizenz, etc.)
- Erklärung zum Gutachten, Anlage 4

Sofern eine Begutachtung durchgeführt werden soll, auch folgende Nachweise (im Original mit amtlicher deutscher Übersetzung):

- Stundentafel mit Aufteilung in Theorie und Praxis
- personalisierter Ausbildungsplan/Curriculum mit Angaben zu den Studieninhalten
- Zeugnisse über meine bisherigen Tätigkeiten
- Nachweise über Fortbildungsveranstaltungen etc.

Wurde ein Approbationsverfahren bereits bei einer anderen Behörde durchgeführt:

- Bewertung der Ausbildung/Feststellungsbescheid
- Protokoll/e der Kenntnisprüfung
- Rücknahmebescheid

Persönliche Unterlagen, bitte nur im Original:

- Antrag auf Approbation und Antrag auf Berufserlaubnis (Anlage 2)
- Ärztliche Bescheinigung, ausgestellt vom betriebsärztlichen Dienst des zukünftigen Arbeitgebers oder von einer/m niedergelassenen Allgemeinmediziner/in, Anlage 3 – der Unterzeichner muss namentlich im Praxisstempel erkennbar sein.
- Aktueller Lebenslauf, chronologisch (von Grundschule bis aktuell), vollständig (ohne Lücken), und persönlich unterschrieben
- Certificate of good standing, berufsständisches Führungszeugnis
- Polizeiliches Führungszeugnis/Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land des letzten (gewöhnlichen) Aufenthaltes vor Einreise nach Deutschland
- Führungszeugnis für Behörden Typ „O“ habe ich bei meinem/r Bürgeramt/ Meldebehörde am _____ beantragt
- ggf. Vollmacht (Anlage 5)
- aktuelle formlose Meldebescheinigung (nur, wenn ausdrücklich angefordert)

Persönliche Unterlagen mindestens als amtlich beglaubigte Kopie:

- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde/Namensänderungsurkunde, soweit sich der Familienname geändert hat
- Reisepass, Reiseausweis oder Flüchtlingsausweis, Seite 1 mit den Personalien
- GER-B2 Zertifikat des Goethe-Instituts oder der telc GmbH
- Fachsprachenzertifikat C1 Medizin von der Landesärztekammer Hessen

Anlage 2

An das
Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege
Außenstelle Frankfurt
Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main



Hiermit beantrage ich,

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

die **Erteilung einer Berufserlaubnis** gem. § 10 Bundesärzteordnung (BÄO)
zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs.

Mir ist bekannt, dass ich derzeit nur eine eingeschränkte Berufserlaubnis erhalten kann.
Ärztliche Tätigkeiten darf ich nur

unter ständiger Aufsicht und in ständiger Anwesenheit von
approbierten Ärztinnen und Ärzten ausüben. Die ständige Aufsicht und ständige
Anwesenheit gilt auch für
alle Nacht-, Notfall- und Bereitschaftsdienste.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gem. § 10 BÄO gebührenpflichtig ist. Die
Gebühren werden in der Regel mit der Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der
Berufserlaubnis erhoben.

Die Zustellung der Berufserlaubnis erfolgt per Einschreiben-Einwurf. Der Versand erfolgt nur an eine
Postanschrift in Deutschland.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

Bestätigung des zukünftigen Arbeitgebers/Personalabteilung

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr _____

Mit den oben genannten Einschränkungen hier ab _____ tätig werden soll.

Mir ist bekannt, dass mit dieser Berufserlaubnis keine **fachärztliche Weiterbildung möglich ist**
und Zeiten nicht angerechnet werden.

Datum, Stempel der Klinik/Praxis

Unterschrift des/r Personalleiters/in sowie, Name in Druckbuchstaben

Anlage 3

Die Untersuchung ist von einer/m in Deutschland niedergelassenen Ärztin/Arzt **oder** vom betriebsärztlichen Dienst des einstellenden Krankenhauses vorzunehmen.
Der Unterzeichner muss namentlich aus dem Praxisstempel hervorgehen!

Bitte zurücksenden an/einreichen bei:

Hessisches Landesamt für Gesundheit
und Pflege
Außenstelle Frankfurt
Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage
beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege**

Hiermit bescheinige ich, dass bei Herrn/Frau

Nachname, Vorname

geb. am _____ in _____

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er/sie wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als Arzt / Ärztin unfähig oder ungeeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel / Arztunterschrift

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in
Druckbuchstaben

Anlage 4

Erklärung zur Begutachtung der Ausbildungsunterlagen

Alle Ausbildungsunterlagen sind im Original sowie in amtlicher deutscher Übersetzung vorzulegen. Eine Begutachtung durch einen Gutachter des HLFGP ist nur möglich, wenn die Originale der Ausbildungsunterlagen mit einer

- **Haager Apostille** versehen oder von der zuständigen Deutschen Botschaft im Ausbildungsland/im konsularischen Amtsbezirk
- **legalisiert** sind.

Wird die Haager Apostille von einem Land erteilt, deren Apostille von Deutschland nicht akzeptiert wird oder werden öffentliche Urkunden von der zuständigen Deutschen Botschaft nicht legalisiert, weil die dafür erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind, ist eine Begutachtung wegen nicht ausreichender Unterlagen ausgeschlossen. Infos dazu unter:

http://www.konsularinfo.diplo.de/Vertretung/konsularinfo/de/05/Urkundenverkehr_Allgemein/_Urkundenverkehr.html

Erklärung der/s Antragsteller/in:

Vorname/n, Name, Geburtsdatum

1. **ich verzichte auf die Begutachtung meiner Ausbildungsunterlagen und erhalte einen Feststellungsbescheid nach § 3 Abs. 2 BÄO oder**
2. **meinen Ausbildungsunterlagen fehlt die Haager Apostille bzw. die Legalisierung und erhalte einen Feststellungsbescheid nach § 3 Abs. 2 BÄO**

und nehme an der Kenntnisprüfung teil. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass neben der Chirurgie und der Inneren Medizin ein weiteres Fach, das bei der gutachterlichen Überprüfung in Vergleichsfällen zu meiner Ausbildung als wesentliches Ausbildungsdefizit festgestellt wurde, in meiner Kenntnisprüfung abgeprüft werden kann;
oder

3. **Ich möchte eine Bewertung meiner Unterlagen:**

Mir ist bekannt, dass gem. § 3 Abs. 6 Nr. 6 Bundesärzteordnung (BÄO) zu dem Antrag auf Erteilung der Approbation außer dem Diplom als Ärztin/Arzt zusätzliche Nachweise erforderlich sind, um feststellen zu können, ob meine Ausbildung wesentliche Unterschiede gegenüber der Ausbildung aufweist, die in der BÄO und in der Approbationsordnung für Ärzte geregelt ist. Diese Unterlagen sind dem Antrag beigelegt.

Insbesondere füge ich einen auf mich personalisierten Ausbildungsplan aus meiner Studienzeit bei, der ausführliche Angaben zu den Studieninhalten und eine Aufteilung der Unterrichtsstunden in Theorie und Praxis enthält.

Mir ist bekannt, dass eine Begutachtung ohne Ausbildungsplan nicht erfolgen kann. **Die Feststellung eines oder mehrerer Defizite führt dazu, dass ich an der Prüfung meines Kenntnises gem. § 3 Abs. 3 Bundesärzteordnung teilnehmen muss.**

Ort, Datum

Unterschrift der/s Antragstellerin/s

Anlage 5 – Vollmacht

Zutreffendes bitte ankreuzen – ggf. nichtzutreffendes streichen

Ich möchte mich im Antragsverfahren durch eine andere Person vertreten lassen und bevollmächtigte daher

meinen (zukünftigen) Arbeitgeber

folgende Person

Mir ist bekannt, dass anderen Personen (auch Ehepartnern/eingetragener Lebenspartner/) über mich nur Auskünfte erteilt werden (telefonisch und schriftlich), soweit dem HLfGP mit dieser Erklärung **eine Vollmacht in schriftlicher Form sowie eine amtlich beglaubigte Fotokopie des Personalausweises/Reisepasses des Bevollmächtigten** vorliegt.

Vor- und Nachname: Frau Herr _____

Anschrift: _____

Ggf. E-Mail-Adresse: _____

ggf. Telefonnummer: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das HLfGP o.g. Person

auf dessen Anfrage folgende Auskünfte/Informationen telefonisch per Mail geben darf:

Bestätigung des Antrag-Eingangs

Stand des Berufserlaubnisverfahren
(auch Angabe zu fehlenden Unterlagen, ggf. Ablehnungsgründe)

Stand des Approbationsverfahren
(auch Angabe zu fehlenden Unterlagen, ggf. Ablehnungsgründe)

Die Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis soll an meinen Bevollmächtigten übersandt werden.

Die Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der Approbation soll an meinen Bevollmächtigten übersandt werden.

Die Vollmacht gilt ab untenstehendem Datum bis diese meinerseits gegenüber des HLfGP ganz oder teilweise widerrufen wird. Hierzu ist eine entsprechende **schriftliche** Erklärung per Post notwendig.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift