

**Zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Berufserlaubnis nach  
§ 13 Abs. 1 Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG)**

Die Berufserlaubnis gem. § 13 Abs. 1 ZHG wird zur vorübergehenden Ausübung des zahnärztlichen Berufs erteilt, sofern eine abgeschlossene zahnärztliche Ausbildung vorliegt.

Die Berufserlaubnis ist beschränkt auf eine nicht selbständige und nicht leitende Tätigkeit unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung von approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzten. Die Berufserlaubnis wird von der Bezirksregierung Münster zur Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung erteilt. Zudem darf derjenige/diejenige keine selbstständigen Dienste übernehmen.

Die Berufserlaubnis berechtigt aufgrund des noch ausstehenden Nachweises eines gleichwertigen Ausbildungs- und Kenntnisstands nicht zur zahnärztlichen Weiterbildung. Eine Tätigkeit als Zahnarzt/Zahnärztin in Weiterbildung (sog. „Fachzahnarzt/Fachzahnärztin“) ist daher nicht möglich. Hierfür ist die Erteilung der Approbation erforderlich.

Die Berufserlaubnis ist auf eine zahnärztliche Tätigkeit im Land Nordrhein-Westfalen beschränkt. Ein Wechsel des Tätigkeitsorts ist der Bezirksregierung Münster unverzüglich anzuzeigen.

Die Erteilung einer Berufserlaubnis wird grds. für einen Zeitraum von zwei Jahren erteilt. Sie kann im besonderen Einzelfall verlängert werden.

Es besteht kein Rechtsanspruch auf Erteilung einer Berufserlaubnis.

## Bestätigung des zukünftigen Arbeitgebers/Personalabteilung

Hiermit wird bestätigt, dass

\_\_\_\_\_ (Name), \_\_\_\_\_ (Vorname)

geboren am \_\_\_\_\_

mit den auf Seite 1 genannten Einschränkungen im/in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Name Klinik/Praxis)

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
(voraussichtlicher Beginn) (voraussichtliches Ende)

im Rahmen einer Berufserlaubnis nach § 13 Abs. 1 ZHG zahnärztlich tätig werden soll.

\_\_\_\_\_ (Datum, Stempel der Klinik/Praxis)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift Personalleiter/in bzw. Praxisleiter/in)

\_\_\_\_\_ (Name in Druckbuchstaben)

Kontaktdaten (E-Mail, Telefon) des Arbeitgebers für Rückfragen:

\_\_\_\_\_

Bitte **im Original** zurücksenden an:

Bezirksregierung Münster  
Dezernat 24 – ZAG  
Domplatz 1-3  
48143 Münster