

Antrag
auf Anerkennung einer praktischen Ausbildung
gemäß § 3 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)

Name, Vorname

Studienort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon-Nr.

Email-Adresse

An das

Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege

Frau Boukharraz-Weyrauch

Herr Koch

Buchstabe A – L

Buchstabe M – Z

Theodor-Stern-Kai 7

Robert-Koch-Straße 5

60590 Frankfurt am Main

35037 Marburg

Hiermit beantrage ich die Anerkennung der von mir im Ausland abgeleisteten praktischen Ausbildung auf die gemäß § 3 ÄAppO vorgesehene praktische Ausbildung*.

Universität _____

Krankenhaus _____

Ausbildungsabschnitt/Tertial _____

Zeitraum von _____ bis _____

Folgende Nachweise habe ich beigefügt:

- Statusbescheinigung der Universität **und**
 Ausbildungsbescheinigung des Krankenhauses

sowie bei gesplitteten Tertialen

- Ausbildungsbescheinigung der im Bereich der Heimatuniversität abgeleisteten achtwöchigen Ausbildung **und**
 Bescheinigung der fachinhaltlich sinnvollen Ergänzung beider Tertialhälften

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Anerkennungsentscheidung gebührenpflichtig ist.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Antragsteller/in

* bitte Zutreffendes ergänzen oder ankreuzen

Dezember 2022