

**Hessisches Landesamt**

**für Gesundheit und Pflege**

- Außenstelle Frankfurt -

Dezernat IV 2

Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

[ ]  Ärztin oder Arzt (§ 3 Bundesärzteverordnung, BÄO)

[ ]  Zahnärztin oder Zahnarzt (§ 2 Zahnheilkundegesetz, ZHG)

[ ]  Apothekerin oder Apotheker (§ 4 Bundes-Apothekerverordnung, BApO)

Ausbildungsland: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

| **Angaben zur Person und Kontaktdaten (Antragstellende Person)** |
| --- |
| Familienname, Vorname(n) (Rufname bitte in Klammern setzen, Beispiel: (Anne))Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Namenzusätze/Titel (sofern vorhanden)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsname (sofern abweichend vom Familiennamen)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geschlecht [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  divers [ ]  keine Angabe |
| Geburtsdatum, -ort und -landKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postanschrift in Deutschland (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wohnort im Ausland (Länderkennzeichen, Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Aufenthalt in Deutschland (seit)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| StaatsangehörigkeitKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail-AdresseKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon/Mobilnummer (mit Landesvorwahl, Beispiel: +49 170 1234567)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

1. **Dokumente**

Alle Unterlagen beziehungsweise Nachweise liegen – möglichst in der Reihenfolge der Checkliste (siehe Anlage 1) – bei. Sie erleichtern damit die Prüfung. Bitte verzichten Sie auf Ordner, Trennblätter, Hüllen oder sonstiges Ordnungsmaterial.

[ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Es fehlen noch und werden alsbald nachgereicht:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Erklärungen**
2. Mir liegt eine Einstellungszusage eines Arbeitgebers in Hessen vor (siehe Anlage 3):

[ ]  Ja [ ]  Nein

Falls nein, begründen Sie bitte auf einem separaten Blatt den Approba­tionsantrag in Hessen (daraus ergibt sich die örtliche Zuständigkeit des Hessischen Landesamtes für Gesundheit und Pflege, HLfGP).

1. Ich habe in einem anderen Bundesland einen Approbationsantrag gestellt:

[ ]  Ja [ ]  Nein

Falls ja, wann: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Falls ja, wo: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Sie können keinen weiteren Antrag in Hessen stellen, müssen stattdessen zuvor ein laufendes Verfahren in dem anderen Bundesland wirksam beenden und dies dem HLfGP nachweisen, beispielsweise durch einen Rücknahmebescheid der dort zuständigen Stelle (siehe Merkblatt).

1. Ich versichere, dass ich die Länder, in denen ich bisher meinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, nicht im Zusammenhang mit strafrechtlichen oder berufsbeschränkenden Maßnahmen verlassen habe. Ein gerichtliches Straf- oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich

[ ]  im Ausland [ ]  in Deutschland [ ]  ist nicht anhängig [ ]  ist anhängig

Falls ja, wegen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Ich bestätige, davon Kenntnis genommen zu haben, dass der Antrag erst bearbeitet wird, wenn alle relevanten Angaben und Dokumente vorliegen, sowie dass das Antragsverfahren, auch bei einer Ablehnung oder Antragsrücknah­me, gebührenpflichtig ist:

[ ]  Ja [ ]  Nein

1. Ich erkläre, dass alle meine Angaben richtig und vollständig sowie alle eingereichten Dokumente authentisch sind.

[ ]  Ja [ ]  Nein

1. Ich versichere, erst nach erteilter Approbation eine ärztliche, zahnärztliche
oder pharmazeutische Tätigkeit aufzunehmen.

[ ]  Ja [ ]  Nein

1. Ich bestätige außerdem, davon Kenntnis genommen zu haben, dass die Approbation grundsätzlich mit Postzustellungsurkunde ausschließlich an eine inländische Privatanschrift und nicht an den Arbeitgeber zugestellt wird. Daher trage ich dafür Sorge, dass mein vollständiger Name an Türklingel und Briefkasten gut lesbar angebracht ist (ausnahmsweise kann die Approbationsurkunde persönlich nach Terminvereinbarung abgeholt werden).

[ ]  Ja [ ]  Nein

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das HLfGP das Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) im Rahmen des Antragsverfahrens bedarfsweise nutzt. Informationen dazu finden Sie im Internet unter <http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/about_de.htm/>

[ ]  Ja [ ]  Nein

1. **Hinweise**

Die Anlagen 1 bis 4 sind Bestandteil des Antrages.

Ihre Daten werden gemäß § 3 Bundesärzteordnung (BÄO) oder § 2 Zahnheilkundegesetz (ZHG) oder § 4 Bundes-Apothekerordnung (BapO) verarbeitet. Nähere Informationen zur Datenverarbeitung durch das HLfGP und zu Ihren Rechten nach Artikel 13 bis 22 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie im Internet unter www.hlfgp.hessen.de.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Eigenhändige Unterschrift

(Antragstellende Person)

**Anlage 1 | Dokumente**

**Die nachstehenden Dokumente sind dem Approbationsantrag, sofern erforderlich übersetzt (siehe Merkblatt), möglichst bereits zum Antragszeitpunkt beizufügen. Bitte beachten Sie, dass der Antrag erst nach vollständigem und formgerechten Vorliegen aller relevanten Angaben und Dokumente bearbeitet wird. Sie können selbst maßgeblich zu einem zügigen Antragsverfahren beitragen.**

**Dokumente im Original (zum Verbleib beim HLfGP)**

[ ]  Antragsvordruck „EU/EWR/CH“ (ausgefüllt und eigenhändig unterschrieben)

[ ]  Lebenslauf (siehe Anlage 2)

[ ]  Arbeitgeberbescheinigung (siehe Anlage 3)

[ ]  Ärztliche Bescheinigung (siehe Anlage 4)

[ ]  Polizeiliches Führungszeugnis (zur Vorlage bei einer deutschen Behörde, auch europäisches Führungszeugnis), wenn Sie sich bereits länger als drei Monate in Deutschland aufhalten. Es ist bei der Meldebehörde Ihres Wohnortes zu beantragen. Bitte geben Sie das HLfGP mit Anschrift als Zieladresse sowie den Zweck „Approbation“ an.

[ ]  Führungszeugnis ist beantragt (die Bearbeitungszeit beträgt rund zwei Wochen, Informationen dazu unter www.bundesjustizamt.de):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. (TT/MM/JJJJ)

**Dokumente im Original mit einfacher Kopie (letztere zum Verbleib beim HLfGP)**

[ ]  Diplom als Ärztin oder Arzt, Zahnärztin oder Zahnarzt, Apothekerin oder Apotheker gemäß Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG

[ ]  Weitere Berechtigungsnachweise (etwa Approbation, Lizenz) für die Aufnahme einer ärztlichen, zahnärztlichen oder pharmazeutischen Tätigkeit im Ausbildungsland) gemäß Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG

[ ]  Konformitätsbescheinigung gemäß

* Art. 24 (Ärztinnen oder Ärzte),
* Art. 34 (Zahnärztinnen oder Zahnärzte),
* Art. 44 (Apothekerinnen oder Apotheker)

der Richtlinie 2005/36/EG

[ ]  Certificate of good standing (berufsrechtliches Führungszeugnis, aus den Ländern, in denen Sie bereits ärztlich, zahnärztlich oder pharmazeutisch tätig waren)

**Dokumente als beglaubigte Kopie (ausschließlich vom Original, zum Verbleib beim HLfGP)**

[ ]  Sprachzertifikat GER-B2 (siehe Merkblatt, Goethe-Institut oder telc gGmbH)

[ ]  Fachsprachzertifikat GER-C1 (siehe Merkblatt)

[ ]  liegt bei [ ]  wird nachgereicht

[ ]  entfällt (muttersprachliche oder relevante anderweitige deutsche Sprachkenntnisse)

[ ]  Aktueller Strafregisterauszug (criminal record) aus den letzten Aufenthaltsländern

[ ]  Geburtsurkunde

[ ]  Heirats- oder Namenänderungsurkunde

[ ]  Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass)

**Anlage 2 | Tabellarischer Lebenslauf**

**Bitte lückenlos ausfüllen, eigenhändig unterschreiben**

**sowie dem HLfGP im Original vorlegen.**

**Tabellarischer Lebenslauf**

| **Angaben zur Person** |
| --- |
| Familienname, Vorname(n) (gleichlautend mit dem Antrag)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum (gleichlautend mit dem Antrag)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Schule** |
| --- |
| Schule (Name, Schulform, Ort, Land, Abschluss)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schule (Name, Schulform, Ort, Land, Abschluss)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schule (Name, Schulform, Ort, Land, Abschluss)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Studium** |
| --- |
| Hochschule (Name, Art, Ort, Land, Abschluss)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hochschule (Name, Art, Ort, Land, Abschluss)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ausstellungsdatum Diplom/Lizenz/Approbation (TT.MM.JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Weiterbildung** |
| --- |
| Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Apothekerin/Apotheker imPraktikum/Internatur/Turnus (sofern im Ausbildungsland obligatorisch)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Apothekerin/Apotheker imPraktikum/Internatur/Turnus (sofern im Ausbildungsland obligatorisch)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Apothekerin/Apotheker imPraktikum/Internatur/Turnus (sofern im Ausbildungsland obligatorisch)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Sprachkenntnisse** |
| --- |
| Sprache und Sprachniveau (beispielsweise GER-C1)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sprache und Sprachniveau (beispielsweise GER-C1)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sprache und Sprachniveau (beispielsweise GER-C1)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sprache und Sprachniveau (beispielsweise GER-C1)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Sonstige Angaben (optional auf einem separaten Blatt)** |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Eigenhändige Unterschrift

(Antragstellende Person)

**Anlage 3 | Arbeitgeberbescheinigung**

**Bitte vom künftigen Arbeitgeber in Hessen**

**ausfüllen und unterschreiben lassen**

**sowie dem HLfGP im Original vorlegen.**

**Einstellungszusage**

Vorname und Familienname

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

soll im Krankenhaus/in der Klinik/in der Praxis/in der Apotheke

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

voraussichtlich ab

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

als

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

beschäftigt beziehungsweise eingestellt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

(Geschäfts- oder Praxisinhabende, Personalleitungen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel des Krankenhauses/der Klinik/der Praxis/der Apotheke

**Anlage 4 | Ärztliche Bescheinigung**

**Bitte zurücksenden an oder vorlegen bei:**

**Hessisches Landesamt**

**für Gesundheit und Pflege**

- Außenstelle Frankfurt –

Dezernat IV 2

Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

Hiermit bestätige ich Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben., dass bei

Vorname und Familienname

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

geboren am

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

nach heutiger eingehender Untersuchung keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie oder er wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche ihrer oder seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als

[ ]  Ärztin oder Arzt [ ]  Zahnärztin oder Zahnarzt [ ]  Apothekerin oder Apotheker

unfähig oder ungeeignet ist.

[ ]  Mit der von mir untersuchten Person bin ich weder verwandt noch stehe ich mit ihr in einer engen persönlichen Beziehung (Partnerschaft).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Arztstempel und -unterschrift

**Hinweis:**

**Bescheinigungsberechtigt sind Betriebsärztinnen und -ärzte einstellender Arbeitgebender oder in Deutschland niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (der Allgemein- oder der Inneren Medizin). Die oder der Unterzeichnende muss namentlich aus dem Arztstempel ersichtlich sein.**