



Anlage 2: Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis

Pflegequalifizierungszentrum
Hessen Team akademische Heilberufe
Zu den Sandbeeten 5
35043 Marburg

Hiermit beantrage ich,

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

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

Mir ist bekannt, dass die Berufserlaubnis inhaltlich oder auf einen Arbeitgeber eingeschränkt werden kann. 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 (derzeit 190 Euro zuzüglich Porto). 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

Name, Vorname

hier entsprechend der oben genannten Einschränkungen 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 und zusätzlich **Name in Druckbuchstaben**