

# APPROBATION DRITTSTAATEN

## Antragsanschrift:

**Sozialbehörde, Amt für Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
-Anerkennung Akademische Heilberufe-  
Postfach 760 106  
D-22051 Hamburg**

Besucheranschrift:  
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

**Bitte nutzen Sie zur Kontaktaufnahme ab sofort nur noch unser Funktionspostfach:  
[anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de](mailto:anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de)**

## **Hinweise zur Erteilung einer Approbation**

- Ausbildung **außerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz -

Die Erteilung der Approbation erfolgt auf Antrag.

Für die Erteilung der Approbation wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 500,00 € bis 750,00 € erhoben. Soweit Antragstellende keinen festen Wohnsitz im Inland nachweisen, können Vorauszahlungen in Höhe der voraussichtlich zu erhebenden Gebühr erhoben werden.

Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von in Deutschland staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen. Es wird darum gebeten, die Unterlagen außerdem mit Legalisation oder Haager Apostille versehen einzureichen.

Für die Erteilung der Approbation sind nachfolgend genannte Unterlagen **vollständig** in amtlich oder notariell beglaubigter Kopie für den Verbleib im Landesprüfungsamt einzureichen. **Unvollständige Unterlagen werden ungeprüft zurückgesendet** (Auch ins Ausland! Das Landesprüfungsamt übernimmt keine Haftung für einen eventuellen Verlust auf dem Postweg!). Lediglich die mit \* gekennzeichneten Dokumente können nachgereicht werden.

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift (incl. einer Aufstellung über den beruflichen Werdegang)**
- 3. Geburtsurkunde,**  
bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsnachweis**  
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Strafregisterauszug aus dem Heimat- oder Herkunftsland,** bei Vorlage nicht älter als drei Monate
- 6. Ärztliche Bescheinigung; (Vordruck 2) \***  
eines in Deutschland niedergelassenen Arztes, die zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.

7. **Amtliches Führungszeugnis der Belegart OB\***, (erst nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes) das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf

**Hinweis zum Amtlichen Führungszeugnis (Behördenführungszeugnis):**

Ab sofort werden die von Ihnen zu beantragenden Führungszeugnisse vom Bundeszentralregister dem Landesprüfungsamt (LPA) **digital** zugestellt. Dazu ist es erforderlich, dass Sie bei der Beantragung im zuständigen Kundenzentrum (innerhalb HH) den Hinweis geben, dass Sie ein „Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde“ (Belegart OB, gemäß § 30 Abs. 5 BZRG) beantragen. Empfänger ist das Landesprüfungsamt Hamburg, Behördenkennzeichen **K6392Q**. Diese Angabe stellt sicher, dass Ihr Führungszeugnis dem LPA digital zugestellt wird. Zur eindeutigen Zuordnung geben Sie bitte als Verwendungszweck Ihren Beruf, z. B. „Ärztin bzw. Arzt“ an. Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: [BfJ - Service-Center-Führungszeugnis \(bund.de\)](http://BfJ-Service-Center-Führungszeugnis(bund.de))

8. **Ausbildungsnachweis(e)**

Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des jeweiligen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden (z.B. Diplom, Arbeitsbuch).

9. **Individualisierte Fächer- und Stundenübersicht (pro Semester)**

der die tatsächlich gelehrteten Fächer und Stunden sowie die Stunden der abgeleisteten praktischen Ausbildung (z.B. Internatur, Internship, Ordinatur) und die Inhalte der staatlichen Abschlussprüfung zu entnehmen sind.

Die Fächer- und Stundenübersicht sollte nach Möglichkeit wie folgt aufgebaut sein:

1. Semester

Fach	Theoretische Unterrichtsstunden	Praktische Unterrichtsstunden	insgesamt

2. Semester

Fach	Theoretische Unterrichtsstunden	Praktische Unterrichtsstunden	insgesamt

u. s. w.

10. **Curriculum \* (nur nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes)**

der Universität mit aufgeschlüsselten Inhalten der gelehrteten Fächer

11. **Berufszulassungsurkunden** (sofern zutreffend)

anderer Staaten (weltweit)

12. **Bisher erteilte Berufserlaubnisse** (sofern zutreffend)

in der Bundesrepublik Deutschland, ggf. Nachweis über bereits abgelegte Eignungs-/ Kenntnisprüfungen.

13. **Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit** (sofern zutreffend)

14. **Nachweise über Fachweiterbildungen, Fortbildungen etc.** (sofern zutreffend)

15. **Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing**

der zuständigen Behörde/n des Landes/der Länder, in dem/denen zuletzt Tätigkeiten in dem angegebenen Beruf ausgeübt wurden.

16. **Nachweis über Deutschkenntnisse \*** (nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen* (GER) des Europarates)

- **allgemein:** B2-Zertifikat eines anerkannten Sprachinstituts (Goethe-Institut, telc GmbH, Test-DaF, ÖSD, ECL) nach dem GER
- **Fachsprache:** Nachweis durch eine bei der zuständigen Kammer in Hamburg abzulegende Fachsprachenprüfung auf dem Niveau C 1 (spätestens bis zur Approbationserteilung).

17. **Zuständigkeitsnachweis / Stellennachweis**

Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg bzw. alternative Nachweise, dass der angegebene Beruf zukünftig in Hamburg ausgeübt werden soll (z.B. Bewerbungen, Hospitationszusage, Arbeitsvertrag, Meldebescheinigung, E-mailkontakte mit potenziellen Arbeitgebern, Buchung eines Sprachkurses etc.), Standortvermerk der ZSBA

# APPROBATIONSANTRAG

**Sozialbehörde**  
**Amt für Gesundheit**  
**Landesprüfungsamt für Heilberufe**  
**-Anerkennung Akademische Heilberufe-**  
**Postfach 760 106**  
**D-22051 Hamburg**  
**E-Mail: [anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de](mailto:anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de)**

(Vordruck 1)

Besucheranschrift:  
Billstraße 80  
20539 Hamburg

## Antrag zur Erteilung der Approbation

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation als (bitte ankreuzen)

- Ärztin/Arzt     Zahnärztin/Zahnarzt     Apothekerin/Apotheker

**Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!**

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Name			
Vorname/n			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Straße / Nr.			
PLZ / Ort			
Staatsangehörigkeit			
Telefon-Nr. / E-Mail			

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die Approbation beantragt habe.
- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft bin.
- Ich kann die vorstehende/n Erklärung/en nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.
- Ich benötige einen Feststellungsbescheid nach § 16d AufenthG zur Vorlage bei einer Visa-stelle (kostenpflichtig).

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen für die Erteilung der Approbation eine Gebühr in Höhe von mindestens 500 € bis 750 € erhoben wird. Zusätzlich können weitere Kosten (z.B. für Ausdrucke, Feststellung der Gleichwertigkeit, Fachsprachenprüfung, Gutachten und/oder Kenntnisprüfung) entstehen, die per Gebührenbescheid erhoben werden. Alle Unterlagen werden per Einschreiben/Rückschein an meine o. g. Anschrift gesandt.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe und die ärztliche / zahnärztliche / pharmazeutische Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

**Datum / Unterschrift**

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sozialbehörde  
Amt für Gesundheit  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
-Anerkennung Akademische Heilberufe-  
Postfach 760 106  
D-22051 Hamburg  
E-Mail: [anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de](mailto:anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de)

(Vordruck 2)

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt

## Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Berufserlaubnis / Approbation als

Ärztin/Arzt     Zahnärztin/Zahnarzt     Apothekerin/Apotheker

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße, Nr.:

---

PLZ, Ort:

---

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

**Hierbei ist festgestellt worden, dass sie/er**

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes ungeeignet ist.

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

(Praxisstempel)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin /des Arztes

Name, Vorname: .....

**Beauftragung  
der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe  
mit Überprüfung der Echtheit  
meiner ausländischen Berufsqualifikation**

**Ärztin/Arzt**       **Zahnärztin/Zahnarzt**       **Apothekerin/Apotheker**

Hiermit beauftrage ich die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen mit der Überprüfung der Echtheit meiner ausländischen Berufsqualifikation.

Die für die Erstellung notwendigen Unterlagen füge ich anliegend bei, bzw. liegen bereits vor.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die hierfür bei der Gutachtenstelle entstehenden Kosten in Höhe von 145 € zu übernehmen. Ich erhalte hierüber nach der erfolgten Überprüfung eine Auslagen-Rechnung durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe.

Hamburg, den .....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)

Name, Vorname: .....

**Beauftragung  
der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe  
mit der Feststellung der Referenzqualifikation  
meines im Ausland absolvierten Studiums**

**Ärztin/Arzt**     **Zahnärztin/Zahnarzt**     **Apothekerin/Apotheker**

Hiermit beauftrage ich die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen mit der Feststellung der Referenzqualifikation meines im Ausland absolvierten Studiums.

Die für die Erstellung notwendigen Unterlagen

- Identitätsnachweis
- Tabellarische Aufstellung der absolvierten Ausbildungsgänge in deutscher Sprache
- Im Ausland erworbene Ausbildungsnachweise mit deutscher Übersetzung
- Bescheinigung über die Berechtigung zur Berufsausübung im Herkunftsstaat mit deutscher Übersetzung
- Sonstige Befähigungsnachweise, sofern diese zur Feststellung der Gleichwertigkeit erforderlich sind

Füge ich anliegend bei, bzw. liegen bereits vor.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die hierfür bei der Gutachtenstelle entstehenden Kosten in Höhe von 417 € zu übernehmen. Ich erhalte hierüber nach Erstellung des Gutachtens eine Auslagen-Rechnung durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe.

Hamburg, den .....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)