Name	Vorname
Straße	Telefon
Postleitzahl und Ort	E-Mail

Bezirksregierung Detmold
- Dezernat 24 -
Leopoldstr. 15
32756 Detmold

Gebührenpflichtiger

Antrag

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

Hiermit beantrage ich die Erteilung der

❑ **Approbation**

❑ **Berufserlaubnis**

❑ Ich beabsichtige, länger als ein Jahr in Deutschland zu arbeiten

❑ Ich beabsichtige, kürzer als ein Jahr in Deutschland zu arbeiten

zukünftiger Arbeitgeber: ……..…
Einstellungsbestätigung ist beigefügt: ☐Ja ☐Nein

Angaben zur Person:

Geburtsdatum:	
Geburtsort und -land:	
(falls vorhanden) Geburtsname:	
Staatsangehörigkeit:	
in Deutschland seit:	

Angaben zur absolvierten Ausbildung:

Studienland: Studienort (Stadt): Name der Universität:	von: bis:

Im Anschluss an das Studium erforderliche Tätigkeiten (z.B. Residentur, Praktikum, Internatur…) wurden absolviert in (Land):	von: bis:	*(falls vorhanden)* Fachrichtung:

Haben Sie Ihre ärztliche Ausbildung in Ihrem Studienland vollständig abgeschlossen?	❑ Ja	❑ Nein

Sind Sie in einem anderen Land als Ihrem Studienland zur selbstständigen Ausübung des Arztberufes berechtigt?	❑ Ja, in:	❑ Nein

Haben Sie in Deutschland eine Facharztprüfung abgelegt?	❑ Ja, Fachrichtung: am:	❑ Nein
Haben Sie in Deutschland an einer Gleichwertigkeitsprüfung (Kenntnisprüfung oder Eignungs-prüfung) teilgenommen?	❑ Ja, in (Bundesland): am:	❑ Nein

Angaben zu den Sprachkenntnissen:

Haben Sie an einem Deutschkurs teilgenommen?	❑ Ja, ich habe folgendes Sprach-niveau erreicht:	❑ Nein

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

(Ort, Datum) (Unterschrift)

Drucken **Daten zurücksetzen**