HESSEN

<u>Der Antrag ist mit deutlicher Druckschrift auszufüllen!</u>
Name und Vorname/Geburtsname der/s Antragsteller/in
sind in amtlicher Schreibweise (Transliteration nach ISO-Norm 9)
anzugeben.

An das
Hessisches Landesprüfungs- und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Walter-Möller-Platz 1

60439 Frankfurt am Main

Eingang am:

Aktz.: M3 - _____

Ausb.-land: _____

Antrag

auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

I. Arbeitgeber – siehe hierzu Anlage 2

Praxis/Krankenhaus	
Einstellung geplant zum	

II. **Angaben zur Person des Antragstellers**

Familienname	
akademischer Grad/Hochschulgrad	
Geburtsname	
Vornamen	
Geburtsdatum/Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
derzeitige Anschrift	
Telefonnummer/ E-Mail-Adresse	

I II. Erklärung zum Antrag

Ich habe in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis gestellt:

☐ nein

☐ ja, in _____ GZ: _____

Ich erkläre, dass ich die Länder, in denen ich bisher meinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, nicht im Zusammenhang mit strafrechtlichen oder berufsbeschränkenden Maßnahmen verlassen habe.

Ein gerichtliches Strafverfahren/ Ermittlungsverfahren/berufsgerichtliches Verfahren gegen mich

☐ liegt nicht vor

☐ liegt vor wegen _____

☐ im Ausland ☐ in der Bundesrepublik Deutschland.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass erst bei Vollständigkeit der Unterlagen eine Bearbeitung/Entscheidung durch das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen möglich ist.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gem. § 3 gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in mehreren Teilbeträgen erhoben. Die erste Gebührenfestsetzung erfolgt in der Regel mit dem Bescheid über das vollständige Vorliegen der erforderlichen Unterlagen.

Die Zustellung der Approbation erfolgt per Postzustellungsurkunde. Der Versand erfolgt nur an eine inländische Anschrift. Die Urkunde kann auch persönlich abgeholt werden (hierfür ist eine Terminvereinbarung ist notwendig).

IV. Die Anlagen 1-3 sind Bestandteil dieses Antrages.

_____ _____

Ort, Datum eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

Anlage 1 – beigefügte Unterlagen (*jeweils mit dem Original einer amtlichen deutschen Übersetzung, für die Unterlagen, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind)*

Als **amtlich beglaubigte Fotokopie** habe ich beigefügt:

☐ Geburtsurkunde

☐ Heiratsurkunde, soweit sich der Familienname geändert hat

☐ Namensänderungsurkunde

☐ Identitätsnachweis (z.B. Reisepass, Bundespersonalausweis)

☐ deutsche Promotionsurkunde **oder** ☐ Auskunftsschreiben des Hessischen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst

☐ Weitere Nachweise, die die Berechtigung zur Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit belegen

Im **Original** habe ich beigefügt:

☐ Tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben

☐ Arbeitgeber-Bescheinigung (siehe Anlage 2)

☐ aktuelles Gesundheitszeugnis (siehe Anlage 3)

☐ „Certificate of good standing“

☐ Polizeiliches Führungszeugnis/Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land meines letzten gewöhnlichen Aufenthaltes

Im **Original** und eine einfache Fotokopie habe ich beigefügt:

☐ Diplom als Ärztin/Arzt sowie eine einfache Fotokopie

☐ Bescheinigung über die Berechtigung zur Berufsausübung im Herkunftsstaat

☐ Fächerliste mit Angabe der Einzelnoten

☐ Stundentafel mit Aufteilung in Theorie und Praxis

☐ Ausbildungsplan/Curriculum zu den Studieninhalten

☐ Zeugnisse über meine bisherigen Tätigkeiten

☐ Sprach-Zertifikat **B2** des Goethe-Instituts oder eines telc-zertifizierten Sprachinstituts oder

☐ Sprach-Zertifikat **C1** des Goethe-Instituts oder eines telc-zertifizierten SprachInstituts

Ein polizeiliches Führungszeugnis (Belegart „O“ –für behördliche Zwecke – das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt sowie die Kennziffer M 7015 sind als Adressat anzugeben!)
habe ich bei meiner Meldebehörde am _____ beantragt.

Anlage 2 - **Bitte vom Arbeitgeber in Hessen ausfüllen und unterschreiben lassen**

Frau/Herr _____

☐ soll voraussichtlich ab dem _____ eingestellt werden.

Praxis/Abteilung_____

_____

Tätigkeit befristet bis _____

Die Tätigkeit soll in ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit _____Std./Woche ausgeübt werden.

Art der ärztlichen Tätigkeit: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (Name in Druckbuchstaben)

_____

Stempel der/s Leitenden Ärztin/Arztes
oder Personalleiter/in oder der Praxis

Anlage 3 -

Die Untersuchung ist von einer/m in Deutschland niedergelassenen Ärztin/Arzt oder vom betriebsärztlichen Dienst des einstellenden Krankenhauses vorzunehmen.

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Walter-Möller-Platz 1

60439 Frankfurt am Main

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen

Hiermit bescheinige ich, dass bei Herrn/Frau

_____

geb. am _____ in _____

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er/sie wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als Arzt / Ärztin unfähig oder ungeeignet ist.

_____
Ort, Datum

_____ _____
Arztstempel / Arztunterschrift Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben