Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

MERKBLATT

über die Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes im Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO) bzw. § 13 des Zahnheilkundegesetzes (ZHG)

==========

Eine (zahn-) ärztliche Berufserlaubnis nach § 10 BÄO bzw. § 13 ZHG erhalten grundsätzlich nur (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-) Ärzte, die nicht als Staatsangehörige der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftraumes oder eines Vertragsstaates, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben.

Die Erteilung der Berufserlaubnis erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag. Dem Antrag sind folgende Unterlagen (Punkt 1 bis 17) im Original oder in amtlich beglaubigter Ablichtung beizufügen. Amtliche Urkunden die außerhalb von Deutschland erstellt worden sind, müssen durch eine Apostille oder Legalisation bestätigt sein. Information hierzu unter:
http://www.konsularinfo.diplo.de/Vertretung/konsularinfo/de/05/Urkundenverkehr__Allgemein/Urkundenverkehr.html
Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen. Zusätzlich sind dem Antrag je eine dieser Unterlagen für den Verbleib im LPA beizufügen.

1. **Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Anlage)**

2. **Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**

3. **Geburtsurkunde,**
   bei Verheirateten zusätzlich die Heiratsurkunde oder einen Auszug aus dem Familienbuch

4. **Nachweis über die Staatsangehörigkeit**
   Reisepass, Reiseausweis

5. **Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0,**
   das zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als einen Monat sein darf

   Hinweis: Das Führungszeugnis ist beim Bezirksamt zu beantragen und direkt an die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Landesprüfungsamt für Heilberufe, G3136, Billstraße 80, 20539 Hamburg zu schicken.
   Bei Antragstellern, deren Einreise nach Deutschland weniger als drei Monate zurückliegt, ist alternativ eine entsprechende Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftslandes vorzulegen.

6. **Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2),**
   die zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein darf.
   Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.

7. Ausbildungsnachweis(e)

Nachweis über die abgeschlossene ärztliche Ausbildung (Diplom, Fächer- und Notenübersichten, praktische Phase nach dem Studium) , nebst Fächer – und Stundenübersicht pro Semester.

Die Fächer- und Stundenübersicht der tatsächlich gelehrten Fächer und Stunden 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.

Ferner müssen der Übersicht die Stunden der abgeleisteten praktischen Ausbildung (z.B. Internatur) und die Inhalte der staatlichen Abschlussprüfung zu entnehmen sein.

8. Approbationsnachweis

Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden

9. Bisher erteilte Berufserlaubnisse

Sofern Sie zuletzt in einem anderen Bundesland tätig waren, eine Kopie der § 10-Berufserlaubnis, ggf. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Eignungs-/Kenntnisprüfung

10. Nachweise über weitere absolvierte fachspezifische Ausbildungsgänge

Zeugnisse über im Heimatland oder in anderen Ländern ausgeübte ärztliche Tätigkeiten, die Art und Dauer der Tätigkeit ausführlich dokumentieren

11. Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit

12. Certificate of Current Professional Status / Certificate of Good Standing

der zuständigen Behörde des Landes, in dem zuletzt ärztliche Tätigkeiten ausgeübt wurden.

13. Nachweis über Deutschkenntnisse, mindestens Level B2

Durch Vorlage eines entsprechenden Diploms über eine bestandene Prüfung oder alternativ durch persönliche Vorsprache.

14. Stellennachweis

Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg

15. gültige Aufenthalts/ Arbeitserlaubnis

16. ggf. **Nachweis einer Weiterbildungsstelle in Hamburg**
Nachweis einer Weiterbildungsstelle im Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg, Die betreffende Klinik hat die Art der Weiterbildung (Fachgebiet), den voraussichtlichen Beginn und die voraussichtliche Dauer zu bestätigen.

Der Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1) nebst sämtlichen erforderlichen Unterlagen, ist einzureichen bei der

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Frau Wagner (A - H)
Telefon: 040/42837-3796

Herr Gründken (I - Z)
Telefon: 040/42837-3226

Öffnungszeiten Montag und Dienstag 09.00-12.00 Uhr, Donnerstag 13.00-16.00 Uhr

Für die Erteilung der Berufserlaubnis wird je nach Bearbeitungsaufwand eine Verwaltungsgebühr zwischen 50,00 € und 350,00 € erhoben. Änderungen des Gebührengesetzes und/oder der Gebührenordnung sind vorbehalten. Hierüber erhalten Sie nach Abschluss der Antragsbearbeitung einen Gebührenbescheid. Sofern Ihr Antrag aus anderen Gründen als dem der Unzuständigkeit ganz oder überwiegend abgelehnt werden muss, ermäßigt sich diese Gebühr gemäß § 12 Absatz 2 Satz 2 GebG um ein Viertel. Nehmen Sie Ihren Antrag zurück, nachdem mit der sachlichen Bearbeitung begonnen wurde, die Amtshandlung aber noch nicht beendet ist, so ermäßigt sich die vorgesehene Gebühr nach § 12 Absatz 2 Satz 1 GebG um die Hälfte. Ggf. anfallende Entgelte für Post- und Kommunikationsdienstleistungen über € 2,50 im Einzelfall werden gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 1 GebG als besondere Auslagen berechnet.

Bei einem Wohnsitz im Ausland erfolgt die Antragsbearbeitung erst nach Eingang einer Gebührenvorauszahlung.

(Vordruck 1)

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 1136 / 3117
Billstraße 80
20539 Hamburg

Antrag

auf Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des

☐ ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung
☐ zahnärztlichen Berufes nach § 13 des Zahnheilkundegesetzes

Hiermit beantrage ich die Erteilung einer widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berufes.

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	
Name	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße/Nr.	
PLZ + Ort	
Staatsangehörigkeit	
Telefon-Nr. / E-Mail:	

☐ Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die (zahn-) ärztliche Berufserlaubnis 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 Erklärung nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen für die Erteilung der (zahn-) ärztliche Berufserlaubnis eine Gebühr in Höhe von derzeit 50,00 bis 350,00 € (je nach Aufwand) zzgl. Porto per Gebührenbescheid erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Post 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 Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

_____

Datum/Unterschrift

Angaben zur beruflichen Qualifikation

Studium der Zahn/Humanmedizin von ☐ bis ☐ in _____

Genaue Bezeichnung der Fachrichtung _____

Genaue Bezeichnung der Hochschule _____

Erwerb des Diploms am ☐ in _____

Praktische Ausbildung nach dem von ☐ bis ☐ in _____

Promotion am ☐ in _____

Fach(zahn-)arztanerkennung am ☐ in _____

(Zahn) ärztliche Berufsübung

im Ausland von ☐ bis ☐ in _____

von ☐ bis ☐ in _____

in Deutschland von ☐ bis ☐ in _____

von ☐ bis ☐ in _____

Angaben zum Antrag

In welchem Krankenhaus oder anderen Einrichtung und bei welchem Arzt/Zahnarzt soll der (zahn)ärztliche Beruf ausgeübt werden?

Anschrift _____

In welcher Funktion wollen Sie tätig werden ?

☐ Assistenz(zahn-)arzt ☐ Gast(zahn-)arzt ☐ Praxisvertreter

☐ Entlastungsassistent ☐ Ausbildungsassistent

☐ Andere Funktion

Zweck der (zahn)ärztlichen Berufsausübung in Deutschland

☐ Weiterbildung ☐ Erwerb spezieller Kenntnisse/Fortbildung

☐ Stipendium ☐ anderer Zweck _____

Für welchen Zeitraum wird die Erlaubnis beantragt?

von ☐ bis ☐ in _____

Angaben zum Aufenthalt

Aufenthalt im Bundesgebiet seit _____

Aufenthaltserlaubnis bis zum _____

Einbürgerung beantragt am _____

Einbürgerungszusicherung seit dem _____

Angaben zum Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet, dann bitte folgende Angaben zum Ehegatten

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Staatsangehörigkeit _____

_____

Anschrift _____

(Vordruck 2)

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 1136 / G 1137
Billstraße 80
20539 Hamburg

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung Berufserlaubnis als

☐ **Ärztin/Arzt**

☐ **Zahnärztin / Zahnarzt**

Frau/Herr Vorname Name: _____

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 Berufes ungeeignet ist.

Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch akute oder chronische Erkrankungen (Infektionserkrankungen wie z. B. Hepatitis B und C) oder Suchterkrankungen vorliegen.

☐ in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes ungeeignet ist.

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

_____
Ort, Datum

(Praxisstempel)

_____
Unterschrift der/des Ärztin /Arztes