

# Antrag auf Erteilung einer Zweitschrift

(Approbation/Berufserlaubnis)

## 1. Antragsgegenstand \*

Hiermit beantrage ich eine Zweitschrift für meine

**Approbation**

**Berufserlaubnis**

## 2. Angaben zum Antragsteller

### Beruf \*

Arzt/Ärztin

Psychologische/r Psychotherapeut/in

Zahnarzt/Zahnärztin

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Apotheker/Apothekerin

Familienname (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Heiratsurkunde, aber ohne Namenszusätze) \*

Vorname \*

Namenszusätze (Dr., von, de, van usw.)

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Geburtsdatum \*      Geburtsort (ohne Postleitzahl) \*

Staatsangehörigkeit \*

### Anschrift

Straße/Haus-Nr. \*

Postleitzahl \*      Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

### 3. Angaben zur Approbation/Berufserlaubnis \*

Datum der Erteilung der  
Approbation/Berufserlaubnis:

Bezeichnung der Behörde, die die  
Approbation/Berufserlaubnis erteilt hat:

#### Das Originaldokument ist abhandengekommen durch \*

Verlust                      Zerstörung (z. B. Brand)                      Diebstahl

Sonstiges

(Bitte sonstige Gründe angeben)

### 4. Unterlagen

Für die Erteilung der Zweitschrift ist ein **Identitätsnachweis** (Personalausweis, Reisepass) **als amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beigelegt.  
**Bitte keine Originaldokumente einsenden!**

### 5. Erklärungen

Ich versichere an Eides Statt, dass mir das Originaldokument abhandengekommen ist.

Meine Approbation/Berufserlaubnis ist mir von keiner Behörde entzogen (Rufen oder Widerruf der Approbation/Rücknahme oder Widerruf der Berufserlaubnis) worden. Ebenso wurde bei keiner Behörde ein entsprechendes Verfahren eingeleitet.

Ich habe nicht bei einer anderen Behörde meine Approbation/Berufserlaubnis freiwillig zurückgegeben.

Gegen mich ist kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, kein gerichtliches Strafverfahren, kein Berufsgerrichtsverfahren und/oder kein standesrechtliches Verfahren bei der für meinen Beruf zuständigen Kammer anhängig.

Ich versichere, dass ich weiterhin die Voraussetzungen für die Erteilung einer Approbation/Berufserlaubnis im Sinne der jeweils gültigen gesetzlichen Vorschriften (Bundesärzteordnung, Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, Bundes-Apothekerordnung bzw. Psychotherapeutengesetz einschl. der jeweils geltenden Approbationsordnungen bzw. Ausbildungs- und Prüfungsordnungen) erfülle.

Sollten Sie oder Ihr Arbeitgeber im Besitz einer Fotokopie der abhanden gekommenen Approbation/Berufserlaubnis sein, bitten wir, diese der Landesdirektion Sachsen mit zu übersenden.

Ich wünsche die Ausfertigung von                      beglaubigten Kopie(n) der Zweitschrift.

(Gebühr: 4,00 EUR für die erste beglaubigte Kopie, 2,00 EUR für jede weitere beglaubigte Kopie, mindestens 5,00 EUR)

Bitte beachten Sie, dass wir nur noch **maximal drei** beglaubigte Kopien der Zweitschrift erstellen. Nach Erteilung der Zweitschrift werden keine beglaubigten Kopien mehr erstellt.

### Datenschutz

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten, finden Sie unter dem Link                      sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass alle für die Erteilung einer Approbation und Berufserlaubnis zu erhebenden Daten bei der Landesdirektion Sachsen verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Landesdirektion Sachsen widerrufen werden.

Datum: \*

Ort: \*

Unterschrift Antragsteller/-in