

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender:
 Name:
 Strasse:
 PLZ / Ort:
 Zusatz:

Datum:



Antrag auf Erteilung der Approbation

Landesdirektion Chemnitz

Altchemnitzer Straße 41

09120 Chemnitz

Ausfüllhinweise

- Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!
- (*) Diese Felder müssen ausgefüllt werden.
- Weitere Informationen und Hinweise.
- Dieses Feld entfällt durch eine Benutzerauswahl.

Beantragt wird: gemäß § 3 BÄO die Approbation als Arzt/Ärztin
 gemäß § 2 ZHG die Approbation als Zahnarzt/Zahnärztin

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Hauptwohnsitz	Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort
Telefon	E-Mail
geplanter Arbeitsbeginn	
zukünftiger Arbeitgeber	

Meinem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:

1. Lückenloser Lebenslauf mit Lichtbild und Unterschrift
2. amtlich beglaubigte Kopie der Geburtsurkunde, ggf. der Eheurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch
3. amtlich beglaubigte Kopie des Staatsangehörigkeitsnachweises (z.B. des Reisepasses oder Personalausweis)
4. amtlich beglaubigte Kopie des Zeugnisses über die ärztliche bzw. zahnärztliche Prüfung
5. amtlich beglaubigte Kopie der Urkunde über einen akademischen Grad
6. ärztliche Bescheinigung/Gesundheitsattest (kann vom Hausarzt ausgestellt werden - nicht älter als 1 Monat - siehe Anlage)
7. polizeiliches Führungszeugnis im Original beantragt am _____ bei _____

Ich erkläre, dass ich bei keiner anderen Behörde der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt habe.

Ich erkläre, dass ich nicht vorbestraft bin und dass weder ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwältliches Ermittlungsverfahren noch ein Berufungsverfahren gegen mich anhängig ist.

Weiterhin erkläre ich, dass

- bislang keine mir erteilte Berufserlaubnis oder Approbation zurückgenommen oder widerrufen wurde
- kein Rücknahme- oder Widerrufsverfahren eingeleitet wurde
- mir bislang nicht die Erteilung einer Berufserlaubnis oder Approbation verweigert wurde

Anmerkungen:

Datum: _____ Unterschrift _____

Stand 11/08/2009

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Hauptwohnsitz Straße, Hausnummer PLZ, Ort	

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs

Arzt/Ärztin

Zahnarzt/Zahnärztin

ungeeignet ist.

Datum, Ort

Name und Anschrift des Arztes

Unterschrift des Arztes

Stand 11/08/2009