

Merkblatt:

Antrag auf Erteilung der ärztlichen, zahnärztlichen oder pharmazeutischen Approbation

- Abschluss der Ausbildung in der Europäischen Union* -

* ebenfalls geltend für Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.

Wenn Sie in der Bundesrepublik Deutschland unbeschränkt und dauerhaft in Ihrem Beruf tätig werden möchten, benötigen Sie eine **Approbation**.

Die **Approbation** wird unabhängig von Ihrer Staatsangehörigkeit erteilt, wenn

- Sie eine **abgeschlossene ärztliche/zahnärztliche/pharmazeutische Ausbildung** nachweisen und über einen gleichwertigen Ausbildungsstand verfügen. Die Ausbildung wird in der Regel im Wege der sog. automatischen Anerkennung als gleichwertig anerkannt. Sofern dies nicht möglich sein sollte, können Details mit Ihren Ansprechpartnern geklärt werden.
- Sie sich nicht eines **Verhaltens** schuldig gemacht haben, aus dem sich Ihre Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt;
- Sie zur Ausübung des Berufs **gesundheitlich geeignet** sind;
- Sie über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen **Kenntnisse der deutschen Sprache** verfügen. Erforderlich sind Sprachkenntnisse auf dem Niveau B 2 mit Fachsprachkenntnissen auf dem Niveau C 1. Die Fachsprachkenntnisse werden durch das Bestehen der **Fachsprachprüfung** nachgewiesen, die bei den Kammern angeboten wird und zu der Sie von der Bezirksregierung angemeldet werden, wenn Sie den Antrag auf Approbation gestellt haben.

Für den Antrag auf Erteilung der Approbation werden die nachfolgend aufgeführten **Unterlagen** benötigt:

- Antrag – bitte unterschreiben (Anlage 1)**
- Erklärung** darüber, dass Sie im Regierungsgebiet Düsseldorf arbeiten werden/möchten, **und** dass Sie in keinem anderen Bundesland einen Approbationsantrag gestellt haben/stellen möchten (**Anlage 2**). Bitte fügen Sie ggf. geeignete weitere Unterlagen bei, die eine Nähe zum Regierungsbezirk Düsseldorf erläutern
- Aktueller tabellarischer **Lebenslauf** mit Lichtbild, Datum und Unterschrift in **deutscher** Sprache, darin sind Studium und der berufliche Werdegang lü-

ckenlos darzustellen. Bitte geben Sie **alle** Vornamen, wie sie in Ihrer Geburtsurkunde eingetragen sind, **Geburtsort** und ggf. Geburtsnamen an

- Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörde oder anderen zuständigen Behörden darüber, dass gegen Sie keine disziplinarrechtlichen oder berufsrechtlichen Schritte eingeleitet wurden oder dies beabsichtigt ist (**Unbedenklichkeitsbescheinigung**/Certificate of good standing)
- amtlich beglaubigte Kopie des **Reisepasses oder Personalausweises**
- Führungszeugnis** der Belegart O mit Verwendungszweck „Approbation“, das nicht älter als **3 Monate** sein darf (zu beantragen beim Einwohnermeldeamt, wird direkt hierher übersandt) bzw. gleichartiges Zeugnis aus dem Heimat- bzw. Herkunftsland
- Straffreiheitserklärung, Anlage 3**
- ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung (**Gesundheitszeugnis im Wortlaut der Anlage 4**). Die Bescheinigung darf nicht älter als **3 Monate** sein. Es wird darauf hingewiesen, dass das Attest nicht von Verwandten/Verschwägerten oder vom (künftigen) Arbeitgeber ausgestellt werden darf
- Diplom- und Prüfungszeugnis**
- Zeugnisse über absolvierte **Praktika und praktische Zeiten** (z.B. Internship, Internatur, praktisches Jahr).
- Nachweis über die **Erlaubnis zur uneingeschränkten Ausübung des Berufes** (Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörde des **Studienlandes**)
- Sofern die Ausbildung vor Beitritt des Studienlandes zur EU begonnen wurde:** Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörde des Studienlandes, aus der hervorgeht, dass die erworbene ärztliche Ausbildung nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG abgeschlossen wurde
- Zeugnisse über absolvierte **Praktika** (z.B. Internship, Internatur, praktisches Jahr)

Hinweise:

Fremdsprachige Urkunden bedürfen in der Regel einer qualifizierten Übersetzung.

Ausländische Urkunden, die nicht von einer Behörde eines EU-Staates ausgestellt sind, sind mit einer „Haager Apostille“ oder „Legalisation“ versehen zu lassen.

Reichen Sie bitte keine Originale, sondern nur amtlich beglaubigte Kopien ein.

Ihren Antrag senden Sie an:

Bezirksregierung Düsseldorf

Dezernat 24

Approbation EU

Am Bonreshof 35

40474 Düsseldorf

Anlage 1

Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 24
Approbation nicht EU
Am Bonneshof 35
40474 Düsseldorf

Ort, Datum

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail / Telefonnummer

Antrag auf Approbation

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, _____ nach abgeschlossener ärztlicher/zahnärztlicher/pharmazeutischer Ausbildung in _____

(**Studienland**) die Approbation als

- Arzt/Ärztin**
- Zahnarzt/Zahnärztin**
- Apotheker/in.**

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage 2

Erklärung zum Antrag

Hiermit erkläre ich, _____, dass ich beabsichtige, die ärztliche/zahnärztliche/pharmazeutische Tätigkeit im Regierungsbezirk Düsseldorf* auszuüben. Geeignete Unterlagen dazu habe ich beigefügt.

Ich habe in keinem anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt oder beabsichtige das zu tun.

Ort, Datum

Unterschrift

*Regierungsbezirk Düsseldorf

Kreise	Kreisfreie Städte
<u>Kleve</u> <u>Mettmann</u> <u>Rhein-Kreis Neuss</u> <u>Viersen</u> <u>Wesel</u>	<u>Düsseldorf</u> <u>Duisburg</u> <u>Essen</u> <u>Krefeld</u> <u>Mönchengladbach</u> <u>Mülheim an der Ruhr</u> <u>Oberhausen</u> <u>Remscheid</u> <u>Solingen</u> <u>Wuppertal</u>

Anlage 3

Straffreiheitserklärung

Hiermit erkläre ich, _____, dass gegen mich weder ein gerichtliches Strafverfahren noch ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist oder war, und dass keine berufs- oder disziplinarrechtliche Maßnahmen getroffen oder eingeleitet worden sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 4

Gesundheitszeugnis

Frau / Herr _____,

wohnhaft in _____ wurde

heute von mir untersucht.

Anhaltspunkte dafür, dass ihr / ihm in gesundheitlicher Hinsicht die Eignung für die
Ausübung des

ärztlichen --- zahnärztlichen --- pharmazeutischen Berufes

(Nichtzutreffendes bitte streichen!)

fehlt, liegen nicht vor.

_____, den _____

Ort

Datum

Praxisstempel und **Unterschrift** der

Ärztin/des Arztes, die/der die Untersuchung
durchgeführt hat