

Merkblatt: Regelapprobation

(Approbation als Zahnärztin oder Zahnarzt mit Abschluss im Regierungsbezirk Düsseldorf*)

Sprechzeiten (telefonisch):

- Montag von 13:00 Uhr bis 15:00 Uhr
- Mittwoch von 8:30 Uhr bis 11:30 Uhr

Sprechtage (persönliche Vorsprache):

- Dienstag von 8:30 Uhr bis 11:30 Uhr
- Donnerstag von 13:00 Uhr bis 14:30 Uhr

Allgemeine Anfragen:

- approbation@brd.nrw.de

(Achtung: Anträge die per E-Mail übersandt werden, werden nicht bearbeitet)

Ihr Ansprechpartner ist:

Buchstaben A – Z:

Frau Jehle, Telefon 0211 475-5259, Fax 0211 475-5900

Wenn Sie in der Bundesrepublik Deutschland unbeschränkt als Zahnärztin/
Zahnarzt tätig werden möchten, benötigen Sie eine Approbation.

Die Approbation als Zahnarzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller
(§ 2 Abs. 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde, ZHG)

- sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergibt,
- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist,
- nach einem Studium der Zahnheilkunde an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens 5 000 Stunden und einer Dauer von mindestens fünf

Jahren die zahnärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat,

- über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt

Für den Antrag auf Erteilung der Approbation gem. § 2 des Gesetzes zur Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) werden die nachfolgend aufgeführten Unterlagen benötigt:

- ein **persönlicher, formloser, kurzgefasster Antrag** mit Angabe der Anschrift, an die die Approbationsurkunde per Postzustellungsurkunde gesandt werden kann – **bitte unterschreiben (Anlage 1)**;
- ein aktueller, kurzgefasster tabellarischer **Lebenslauf** – **bitte unterschreiben**;
- die **Geburtsurkunde** oder ein Auszug aus dem Familienbuch der Eltern;
- bei Verheirateten**: die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch; **bei Lebenspartnern**: aktuelle Bestätigung der zuständigen Behörde über den Partnerschaftsnamen, z.B. Lebenspartnerschaftsurkunde;
- ein **Nachweis über die Staatsangehörigkeit des Antragstellers**, z.B. in Form einer amtlich beglaubigten Kopie des Bundespersonalausweises oder des Reisepasses, ggf. mit dem Vermerk „dient zur Vorlage bei der Bezirksregierung Düsseldorf“ oder „diese Fotokopie dient nicht als Passersatz“. **Eine Melde- oder Aufenthaltsbescheinigung alleine ist nicht ausreichend und kann nicht anerkannt werden.**
- Ein **amtliches Führungszeugnis der Beleg Art „O“**, das bei Antragstellung nicht älter als 1 Monat sein darf; bei der Beantragung des Führungszeugnisses als **Verwendungszweck** bitte vermerken lassen: „Approbation Zahnärztin/Zahnarzt“

- eine von der Antragstellerin / dem Antragsteller schriftlich abzugebende Erklärung, dass gegen sie / ihn "kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtsverfahren anhängig ist oder war" (**bitte genauen Wortlaut beachten**) (**Anlage 2**);

- eine **ärztliche Bescheinigung**, die bei Antragstellung nicht älter als 1 Monat sein darf und folgenden Inhalt hat:
„Bei Herrn/Frau <Name> liegen aufgrund ärztlicher Untersuchungen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ungeeignet ist.“ Bitte beachten Sie, dass der **genaue Wortlaut** einzuhalten ist und die Bescheinigung mit Arztstempel, Datum sowie Unterschrift des Arztes versehen sein muss!
Diese Bescheinigung kann vom Hausarzt ausgestellt werden, nicht aber von einem Arzt, der mit dem Antragsteller verwandt oder verschwägert oder der der (zukünftige) Arbeitgeber des Antragstellers ist. (**Anlage 3**)

- ggf. eine amtlich beglaubigte Kopie der **Urkunde über die Verleihung des Doktorgrades** einer deutschen Universität (ohne diese Bescheinigung kann der Dokortitel nicht in die Approbationsurkunde aufgenommen werden)

Hinweis:

Fremdsprachige Urkunden bedürfen einer qualifizierten Übersetzung, z.B. durch eine in der Bundesrepublik Deutschland gerichtlich ermächtigte Person oder einen Übersetzer aus dem Ausland, der von der deutschen Auslandsvertretung anerkannt ist.

Die Prüfungszeugnisse mit den Einzelnoten werden vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses direkt an die zuständige Bezirksregierung übersandt. Von den Antragstellern ist diesbezüglich nichts zu veranlassen.

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

Wenn Ihr letzter Prüfungsort an einen der nachfolgenden genannten Kreise oder Kreisfreien Städte stattgefunden hat, ist der Antrag bei der Bezirksregierung Düsseldorf zu stellen.

| *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> |

Ihren Antrag senden Sie an:

**Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 24
Regelapprobation/Zahnmedizin
z.Hd. Frau Jehle
Am Bonnhof 35
40474 Düsseldorf**

Anlage 1

Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 24
Regelapprobation/Zahnmedizin
z.Hd. Frau Jehle
Am Bonnhof 35
40474 Düsseldorf

Ort, Datum

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Antrag auf Approbation gem. § 2 des Gesetzes zur Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, _____ nach bestandener zahnärztlicher Prüfung in (letzter Prüfungsort) _____ die Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage 2

Straffreiheitserklärung

Ort, Datum

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

Unterschrift

Anlage 3

Gesundheitszeugnis

Frau / Herr _____,

wohnhaft in _____ wurde
heute von mir untersucht.

Ein Anhaltspunkt dafür, dass ihr / ihm in gesundheitlicher Hinsicht die Eignung, für
die Ausübung des Zahnarztes / der Zahnärztin fehlt, hat sich nicht ergeben.

_____, den _____

Ort

Datum

Praxisstempel und Unterschrift der
Ärztin / des Arztes, die/der die Untersuchung
durchgeführt hat