

Antragsanschrift:

**Sozialbehörde, Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
-Anerkennung Akademische Heilberufe-
Postfach 760 106, 22051 Hamburg**

Besucheranschrift:
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Bitte nutzen Sie zur Kontaktaufnahme ab sofort nur noch unser Funktionspostfach:

anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de

Wählen Sie bitte folgenden Betreff: Ihr Name, Ihr Vorname, Beruf

Bitte beachten Sie außerdem, dass Telefontermine nur nach Vereinbarung vergeben werden.

Hinweise

zur Erteilung einer

Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt

nach § 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG)

- Ausbildung **innerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz -

Die Erteilung der Approbation erfolgt auf Antrag.

Für die Erteilung der Approbation wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 170,00 € bis 340,00 € erhoben. Soweit Antragstellende keinen festen Wohnsitz im Inland nachweisen kann, können Vorauszahlungen in Höhe der voraussichtlich zu erhebenden Gebühr erhoben werden.

Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von in Deutschland staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen.

Für die Erteilung der Approbation sind folgende Unterlagen in amtlich oder notariell beglaubigter Kopie für den Verbleib im Landesprüfungsamt einzureichen:

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
- 3. Geburtsurkunde,**
bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsnachweis**
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Strafregistrauszug aus dem Studien- und Herkunftsland**

6. Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0

das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf

Hinweis: Ab sofort werden die von Ihnen zu beantragenden Führungszeugnisse vom Bundeszentralregister dem Landesprüfungsamt (LPA) digital zugestellt. Dazu ist es erforderlich, dass Sie bei der Beantragung im zuständigen Kundenzentrum (innerhalb HH) den Hinweis geben, dass Sie ein „Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde“ (Belegart 0, gemäß § 30 Abs. 5 BZRG) beantragen. Empfänger ist das Landesprüfungsamt Hamburg, Behördenkennzeichen **K6392Q**. Diese Angabe stellt sicher, dass Ihr Führungszeugnis dem LPA digital zugestellt wird. Zur eindeutigen Zuordnung geben Sie bitte als Verwendungszweck Ihren Beruf, z.B. „Zahnmedizin“ an. Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: <https://www.fuehrungszeugnis.bund.de/>

7. Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2)

eines in Deutschland niedergelassenen Arztes, die zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.

8. Ausbildungsnachweis(e)

Nachweis über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden (z.B. Diplom) gem. Anhang V Nr. 5.3.2 der Richtlinie 2005/36/EG „Ausbildungsnachweise des Zahnarztes (Grundausbildung)“.

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

der zuständigen Behörde/n des Landes/der Länder, in dem/denen zuletzt Tätigkeiten als Zahnärztin/Zahnarzt ausgeübt wurden.

10. Einverständniserklärung IMI (Vordruck 3)

11. Nachweis über Deutschkenntnisse (nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER) des Europarates)

- **allgemein:** GER-B2-Zertifikat eines anerkannten Sprachinstituts (Goethe-Institut, telc GmbH, Test-DaF, ÖSD)
- **Fachsprache:** Fachsprachenzertifikat GER-C1 (bei Vorlage nicht älter als drei Jahre), entsprechend den Anforderungen des auf der 87. Gesundheitsministerkonferenz vom 26./27. Juni 2014 beschlossenen Eckpunktepapier zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen (vgl. https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf)

Die Fachsprachprüfungen unter anderem folgender Anbieter entsprechen den GMK-Vorgaben:

1. Zahnärztekammern der Bundesländer
2. brmi-Akademie für Heilberufe
3. Freiburg International Academy (FIA)

Die Vorlage von Sprachzertifikaten ist entbehrlich, etwa bei:

- Deutsch als Muttersprache
- Erwerb des universitären Ausbildungsnachweises auf Deutsch
- Abschluss einer mindestens zehnjährigen allgemeinbildenden Schulbildung erworben an einer deutschsprachigen Schule

12. Stellennachweis

Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg bzw. Absichtserklärung, dass der Beruf der Zahnärztin / des Zahnarztes zukünftig in Hamburg aus- geübt werden soll.

APPROBATIONSANTRAG

**Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
-Anerkennung Akademische Heilberufe-
Postfach 760 106
22051 Hamburg
E-Mail: anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de**

(Vordruck 1)

Besucheranschrift:
Billstraße 80
20539 Hamburg

Antrag

zur Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt

Hiermit beantrage ich gemäß § 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde die Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt.

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 zahnärztliche Approbation 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/n Erklärung/en 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 Approbation eine Gebühr in Höhe von derzeit 125,00 bis 850,00 € (je nach Aufwand) zzgl. Porto per Gebührenbescheid erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Einschreiben/Rückschein 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

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sozialbehörde
Amt für Gesundheit
Landesprüfungsamt für Heilberufe
-Anerkennung Akademische Heilberufe-
E-Mail: anerkennungakademischeheilberufe@soziales.hamburg.de

(Vordruck 2)

Ausstellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt

**Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Approbation als
Zahnärztin/Zahnarzt**

Frau / Herr

Name, Vorname: _____

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.

☐ 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

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

(Vordruck 3)

Einverständniserklärung zur Nutzung des Binnenmarkt-Informationssystems (IMI)

Hiermit erkläre ich, _____,

geboren am _____,

mich damit einverstanden, dass die Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg das Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) im Rahmen meines Antragsverfahrens auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt nutzt.

Die Informationen über IMI auf http://ec.europa.eu/internal_market/imi-net/about_de.html habe ich zur

Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift