

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 **außerhalb** der EU/des EWR und der Schweiz -

Die Erteilung der Approbation erfolgt auf Antrag.

Für die Erteilung der Approbation wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 250,00 € bis 450,00 € 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. Es wird darum gebeten, die Unterlagen außerdem mit Legalisation oder Haager Apostille versehen einzureichen.

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 (incl. einer Aufstellung über den beruflichen Werdegang)**
- 3. Geburtsurkunde,**
bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsnachweis**
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Strafregisterauszug aus dem Heimat- oder Herkunftsland**

6. **Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0B**, (erst nach Aufforderung des Landesprüfungsamtes)
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 zahnärztlichen Berufes im Heimatland, ausgestellt von den dort zuständigen Behörden (z.B. Diplom).
9. **Individualisierte Fächer- und Stundenübersicht (pro Semester)**
der die tatsächlich gelehrten Fächer und Stunden sowie die Stunden der abgeleisteten praktischen Ausbildung (z.B. Internatur, Internship, Ordinatur) und die Inhalte der staatlichen Abschlussprüfung zu entnehmen sind.

Die Fächer- und Stundenübersicht sollte nach Möglichkeit wie folgt aufgebaut sein:

1. Semester

Fach	Theoretische Unterrichtsstunden	Praktische Unterrichtsstunden	insgesamt

2. Semester

Fach	Theoretische Unterrichtsstunden	Praktische Unterrichtsstunden	insgesamt

u. s. w.

10. **Curriculum**
der Universität mit aufgeschlüsselten Inhalten der gelehrten Fächer aus dem Studiumszeitraum
12. **Berufszulassungsurkunden** (sofern zutreffend)
anderer Staaten (weltweit)
13. **Bisher erteilte Berufserlaubnisse** (sofern zutreffend)
in der Bundesrepublik Deutschland, ggf. Nachweis über die erfolgreich abgelegte Eignungs-/Kenntnisprüfung.
14. **Nachweise über die bisherige Berufstätigkeit** (sofern zutreffend)
15. **Nachweise über Fachweiterbildungen, Fortbildungen etc.** (sofern zutreffend)
16. **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.

- 17. Nachweis über Deutschkenntnisse** (nach dem *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen* (GER) des Europarates)
- **allgemein:** Nachweis durch Vorlage eines Zertifikates über eine bestandene Prüfung auf dem Niveau B2
 - **Fachsprache:** Nachweis durch eine bei der Zahnärztekammer Hamburg abzulegende Fachsprachenprüfung auf dem Niveau C 1 (spätestens bis zur Approbationserteilung).
- 18. Stellennachweis / Absichtserklärung**
Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg bzw. Absichtserklärung, dass der Beruf der Zahnärztin / des Zahnarztes zukünftig in Hamburg ausgeübt 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 ärztliche 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 mindestens 250 € bis 450 € erhoben wird. Zusätzlich können weitere Kosten (z.B. für Ausdrucke, Feststellung der Gleichwertigkeit, Fachsprachenprüfung, Gutachten und/oder Kenntnisprüfung) entstehen, die per Gebührenbescheid erhoben werden. 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)

Auszustellen 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 Ärztin / des Arztes

Erklärung über fehlende Unterlagen zur Durchführung des Gutachtenverfahrens

§ 2 Abs. 3 S. 2 ZHG ordnet an, dass die Approbationsbehörde zum Zweck des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung im Falle eines von einem Drittstaat ausgestellten Ausbildungsnachweises eine Gleichwertigkeitsprüfung durchführt, bei der der Ausbildungsverlauf des Bewerbers genau nachgezeichnet und mit den hiesigen Ausbildungsinhalten verglichen wird. Hierfür sind von den Antragstellenden die im Antragsformular aufgezählten Unterlagen einzureichen. Diese werden im Regelfall durch die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) kostenpflichtig gutachterlich bewertet. Sofern Defizite im Ausbildungsstand festgestellt werden, sind die Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen einer Kenntnisprüfung nachzuweisen. Ein Verzicht auf das Gutachtenverfahren ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Einer Kenntnisprüfung muss sich der Antragsteller gem. § 2 Abs. 3 S. 4 ZHG auch unterziehen, wenn das Gutachtenverfahren nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand möglich wäre, weil der Antragsteller die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, nicht vorlegen kann.

Hiermit erkläre ich, dass ich folgende Unterlagen zur Durchführung des Gutachtenverfahrens nicht vorlegen kann (bitte ankreuzen):

individualisierte Fächer-Noten-Stunden-(Kreditpunkte)-Übersicht	
Curriculum / Lehrplan der absolvierten Ausbildung	
Nachweise über einschlägige Berufserfahrung	
Sonstige Befähigungsnachweise, sofern diese zur Feststellung der Gleichwertigkeit erforderlich sind, bspw. Unterlagen zur Facharztweiterbildung, Fortbildungsnachweise	

Grund (bitte ankreuzen):

Asyl in Deutschland bzw. Verfolgung im Ausbildungsland	
Politische Unruhen im Ausbildungsland	
Keine funktionierende Verwaltung mehr	
Dokumente verschollen / nicht auffindbar bei Universität oder Behörden des Ausbildungslands	
Verweigerung der Herausgabe durch Universität bzw. Behörden des Ausbildungslands	

Nachweis des Grundes **-zwingend-** (bspw. Schreiben der Universität, ausländerrechtlicher Bescheid):

.....
.....

Ich kann keinen entsprechenden beibringen, weil es sich bei meinem Ausbildungsland um ein Krisen- bzw. Kriegsgebiet handelt.

Ich erkläre außerdem, dass (kann auch beides angekreuzt werden)

es mir nicht möglich ist, die Unterlagen binnen des nächsten halben Jahres doch noch zu beschaffen.	
Mit der Beschaffung der Unterlagen ein unangemessener sachlicher Aufwand verbunden wäre (bitte unten ausführen).	

Erläuterung des unangemessenen sachlichen Aufwands:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mir ist bewusst, dass mein Antrag auf Erteilung der Approbation abgelehnt werden kann, we ich diese Erklärung nicht wahrheitsgemäß abgebe.

.....
Name, Vorname (deutlich)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Name, Vorname:

**Beauftragung
der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe
mit Überprüfung der Echtheit
meiner ausländischen Berufsqualifikation
- Zahnmedizin -**

Hiermit beauftrage ich die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen mit der Überprüfung der Echtheit meiner ausländischen Berufsqualifikation.

Die für die Erstellung notwendigen Unterlagen füge ich anliegend bei, bzw. liegen bereits vor.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die hierfür bei der Gutachtenstelle entstehenden Kosten in Höhe von 145 € zu übernehmen. Ich erhalte hierüber nach der erfolgten Überprüfung eine Auslagen-Rechnung durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe.

Hamburg, den
(Datum)

.....
(Unterschrift)

Name, Vorname:

**Beauftragung
der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe
mit der Feststellung der Referenzqualifikation
meines im Ausland absolvierten Studiums
- Zahnmedizin -**

Hiermit beauftrage ich die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen mit der Feststellung der Referenzqualifikation meines im Ausland absolvierten Studiums.

Die für die Erstellung notwendigen Unterlagen

- Identitätsnachweis
- Tabellarische Aufstellung der absolvierten Ausbildungsgänge in deutscher Sprache
- Im Ausland erworbene Ausbildungsnachweise mit deutscher Übersetzung
- Bescheinigung über die Berechtigung zur Berufsausübung im Herkunftsstaat mit deutscher Übersetzung
- Sonstige Befähigungsnachweise, sofern diese zur Feststellung der Gleichwertigkeit erforderlich sind

Füge ich anliegend bei, bzw. liegen bereits vor.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die hierfür bei der Gutachtenstelle entstehenden Kosten in Höhe von 417 € zu übernehmen. Ich erhalte hierüber nach Erstellung des Gutachtens eine Auslagen-Rechnung durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe.

Hamburg, den
(Datum)

.....
(Unterschrift)