

Niedersächsischer Zweckverband
zur Approbationserteilung
Abt. 1 – Approbationen und Berufserlaubnisse
Nobelring 4
30627 Hannover

- Antrag** auf Erteilung der **Approbation als Arzt/Ärztin**
 auf Erteilung einer **Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung
des ärztlichen Berufs (Berufserlaubnis)**

I. Angaben zur Person

Nachname*:		
ggf. Geburtsname*:		
Vornamen*:		
Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Geburtsdatum:		
Geburtsort und –land:		
Staatsangehörigkeit:		
Aktuelle Anschrift:		
E-Mail-Adresse:		
Telefonnummer:		
Ggf. Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland/in die EU:		

II. Angaben zur Ausbildung

Name der Universität, Ort, Land		
Zeitraum des Studiums:	von:	bis:
(Abschluss-)Prüfung	am:	in:

* Name und Vornamen sind in amtlicher Schreibweise einzutragen (vgl. Geburts- oder Heiratsurkunde)

Praktische Ausbildung (z. B. Internatur, Ordinatur, Internship)	von:	bis:
	in:	
Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des ärztlichen Berufs im Ausland	erworben am:	
	in:	
Facharztanerkennung	erteilt am:	
	durch:	
	Fachgebiet:	
Haben Sie jemals an einer Hochschule in Deutschland Medizin studiert?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	von: bis:
		in:

III. Angaben zur bisherigen ärztlichen Tätigkeit

von	bis	als	in (Ort, Beschäftigungsstelle)

IV. Angaben zum Antrag

Haben Sie bereits eine Beschäftigungszusage eines niedersächsischen Arbeitgebers?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Beschäftigungsstelle:	
		Beschäftigungsdauer:	
Beabsichtigen Sie, eine Facharztweiterbildung zu absolvieren?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Gebiet:	

V. Angaben zu Verfahren in anderen deutschen Bundesländern

Haben Sie in der Vergangenheit bereits in einem anderen deutschen Bundesland die Erteilung einer Berufserlaubnis/Approbation beantragt?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Behörde/Bundesland:

Hinweise

Eine Berufserlaubnis kann nur auf Widerruf, befristet und nur für eine vorübergehende Tätigkeit in abhängiger Stellung erteilt werden kann. Die Erteilung einer weiteren Berufserlaubnis ist nach einer Gesamtlaufzeit von zwei Jahren nur unter sehr engen Voraussetzungen möglich. Daher ist es empfehlenswert, den Antrag auf Erteilung der Approbation gleichzeitig zu stellen, denn das Approbationsverfahren dauert mehrere Monate.

Durch die Beantragung einer Berufserlaubnis oder der Approbation werden Gebühren fällig. Die Höhe der Kosten richtet sich nach der Allgemeinen Gebührenordnung des Landes Niedersachsen und liegt derzeit zwischen 106,00 Euro und 140,00 Euro für die Erteilung einer Berufserlaubnis und zwischen 100,00 Euro und 600,00 Euro für die Erteilung der Approbation. Hinzu kommen ggf. Kosten für Auslagen (z. B. für die Anfertigung von Kopien, die Erstellung von Gutachten oder die Durchführung von Fachsprach- oder Kenntnisprüfungen).

VI. Datenschutzerklärung

Die im Antragsformular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Erteilung einer Berufsausübungsberechtigung in Form einer Berufserlaubnis und/oder der Approbation benötigt. Die Daten werden elektronisch und/oder in Papierform gespeichert.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. e Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit dem Niedersächsischen Datenschutzgesetz (NDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten bzw. der Vernichtung der Akten orientiert sich an den verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten. In Angelegenheiten der Berufszulassungsregelungen (Berufserlaubnis, Approbation) beträgt die Aufbewahrungszeit 50 Jahre.

Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte findet nur statt, wenn gesetzliche Vorschriften dies erlauben, wir zur Herausgabe der Daten verpflichtet sind oder Sie einer Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

In Einzelfällen kann es erforderlich werden, dass die von Ihnen eingereichten Dokumente zum Nachweis der abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung und die darin enthaltenen persönlichen Daten im Auftrag des NiZzA zur Echtheitsüberprüfung oder zur Klärung der Frage des Vorliegens einer abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung an andere Institutionen, wie zum Beispiel an die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) oder Deutsche Botschaften, weitergegeben werden.

Für die Organisation und Durchführung der Fachsprachprüfung und der Kenntnisprüfung werden die erforderlichen Daten an die Ärztekammer Niedersachsen, die diese Prüfungen in unserem Auftrag durchführt, weitergegeben.

Bei Erteilung einer Berufsausübungsberechtigung in Form einer Berufserlaubnis oder der Approbation erfolgt die Weitergabe Ihrer Daten in der Form, dass die Ärztekammer Niedersachsen und im Fall der Erteilung einer Berufserlaubnis zusätzlich der von Ihnen benannte Arbeitgeber eine Durchschrift der Berufsausübungsberechtigung erhält.

Verantwortlicher im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen ist der Niedersächsische Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA), vertreten durch die Geschäftsführerin Frau Meike Meyer-Wrobel, Nobelring 4, 30627 Hannover, Telefon: 0511-89729215, Internet: www.nizza.niedersachsen.de, E-Mail: meike.meyer-wrobel@nizza.niedersachsen.de .

Datenschutzbeauftragter beim NiZzA ist Herr Dr. iur. Simon Neumann, Nobelring 4, 30627 Hannover, Telefon: 0511-89729247, Internet: www.nizza.niedersachsen.de, E-Mail: datenschutz@nizza.niedersachsen.de .

Gegenüber dem NiZzA können nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft über die zu ihrer Person verarbeiteten Daten
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten und Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu ihrer Person
- Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Recht jederzeit die Behörde der/des Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen anzurufen

Die Datenschutzerklärung des NiZzA beruht auf Begrifflichkeiten, die durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber beim Erlass der Datenschutz-Grundverordnung verwendet wurden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe und mit der Weitergabe meiner Daten an die oben genannten Institutionen in dem genannten Umfang einverstanden bin.

Darüber hinaus versichere ich, dass meine vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

 Wenn Sie sich im Antragsverfahren durch eine andere Person vertreten lassen wollen, erteilen Sie bitte eine **Vollmacht**:

Hiermit bevollmächtige ich

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Email-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

mich im Antragsverfahren gegenüber dem Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung zu vertreten. Die Vollmacht erstreckt sich insbesondere auf die Erteilung und Einholung von Auskünften, die Führung der schriftlichen Korrespondenz sowie den Empfang von Original-Urkunden und Bescheiden.

Ort, Datum

Unterschrift