

Absender

Zurück an:

Thüringer Landesverwaltungsamt Referat 550 Postfach 22 49 99403 Weimar	
---	--

Antrag auf Erteilung der Approbation als Arzt / Ärztin

Antragsteller/-in

Herr Frau

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	Ausbildungsstaat		
PLZ	Wohnort	Straße	Nummer
Telefon	E-Mail		
Bevollmächtigter (durch Vollmacht nachgewiesen)			

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation als Arzt / Ärztin

Ich beabsichtige, in Thüringen als Arzt / Ärztin zu arbeiten.

Ich versichere, dass ich aktuell in keinem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation als Arzt / Ärztin gestellt habe.

Ich habe in der Vergangenheit in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis gestellt:

nein

ja in: _____

Diesem Antrag habe ich beigefügt

1. Lebenslauf
2. Identitätsnachweise
 - a) Reisepass oder Personalausweis
 - b) Geburtsurkunde
 - c) ggf. zusätzlicher Nachweis bei Namensänderung (z. B. Eheurkunde)

3. amtliches Führungszeugnis (bei Vorlage nicht älter als 1 Monat)
- ist beigelegt
 - ist beantragt und wird von der zuständigen Behörde direkt an das Thüringer Landesverwaltungsamt geschickt - Belegart O
4. Unbedenklichkeitsbescheinigung bzw. Certificate of Good Standing der bisher zuständigen Berufsorganisation (z.B. Ärztekammer) oder Gesundheitsbehörde
5. ärztliche Gesundheitsbescheinigung (bei der Vorlage nicht älter als 1 Monat)
6. Zertifikat der Landesärztekammer Thüringen über die bestandene Fachsprachenprüfung
- ist beigelegt
 - wird noch vorgelegt
7. Zeugnis über die ärztliche Prüfung bzw. über den Abschluss der ärztlichen Ausbildung
8. - Konformitätsbescheinigung (bei EU-Abschluss)
- Liste der Studienfächer mit Angabe der Stundenzahl - Anlage zum Diplom (bei Abschluss außerhalb der EU)
 - personalisiertes Curriculum (Studienbuch) in deutscher Übersetzung, paginiert, mit Bestätigungsschreiben der Heimatuniversität (bei Abschluss außerhalb der EU) ODER
 - Erklärung, dass Vorlage erforderlicher Unterlagen / des personalisierten Curriculums nicht möglich ist (bei Abschluss außerhalb der EU) ODER
 - Antrag auf freiwillige Teilnahme an Kenntnisprüfung (Verzicht auf Gleichwertigkeitsprüfung) (bei Abschluss außerhalb der EU, nur im Kontext eines geplanten Aufenthalts nach § 17a AufenthG möglich)
9. Bescheinigung über die bisherige Berechtigung zur Berufsausübung als Arzt / Ärztin (z.B. Arbeitslizenz, Berufserlaubnis bzw. Approbation)
10. Nachweise der bisherigen ärztlichen Tätigkeit
11. Nachweis einer abgeschlossenen Spezialisierung (z.B. Facharzt)

Ort

Datum

Unterschrift

Zusätzliche Erklärungen

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren gegen mich

nicht anhängig ist

anhängig ist Aktenzeichen: _____ bei: _____

Mir ist bekannt, dass alle eingereichten Unterlagen einschließlich der Übersetzungen zum Verbleib in Ihrer Behörde bestimmt sind. Ich habe keine Originalunterlagen eingereicht.

Mir ist bekannt, dass die Bearbeitung dieses Antrags gebührenpflichtig ist und dass Gebühren auch anfallen können, wenn der Antrag abgelehnt oder vor der abschließenden Bearbeitung von mir zurückgenommen wird.

Ort

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz

Die Angaben zur Person sind Voraussetzung für die Bearbeitung des Antrags. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten erfolgt ausschließlich im Zusammenhang mit der Überprüfung der Approbationsvoraussetzungen und der Erteilung der Approbation. Eine Weitergabe an andere öffentliche Stellen (z. B. Landesärztekammer) erfolgt nur, soweit es zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben dieser Stellen erforderlich ist.