

## **Merkblatt:**

### **Antrag auf Erteilung der ärztlichen, zahnärztlichen oder pharmazeutischen Approbation**

#### **– Abschluss der Ausbildung in der Europäischen Union\* –**

\* ebenfalls geltend für Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes.

Wenn Sie in der Bundesrepublik Deutschland unbeschränkt und dauerhaft in Ihrem Beruf tätig werden möchten, benötigen Sie eine **Approbation**.

Die **Approbation** wird unabhängig von Ihrer Staatsangehörigkeit erteilt, wenn

- Sie eine **abgeschlossene ärztliche / zahnärztliche / pharmazeutische Ausbildung** nachweisen und über einen gleichwertigen Ausbildungsstand verfügen. Die Ausbildung wird in der Regel im Wege der sogenannten automatischen Anerkennung als gleichwertig anerkannt. Sofern dies nicht möglich sein sollte, können Details mit Ihren Ansprechpartnern geklärt werden.
- Sie sich nicht eines **Verhaltens** schuldig gemacht haben, aus dem sich Ihre Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt.
- Sie zur Ausübung des Berufs **gesundheitlich geeignet** sind.
- Sie über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen **Kenntnisse der deutschen Sprache** verfügen. Erforderlich sind Sprachkenntnisse auf dem Niveau B 2 mit Fachsprachkenntnissen auf dem Niveau C 1. Die Fachsprachkenntnisse werden durch das Bestehen der **Fachsprachprüfung** nachgewiesen, die bei den Kammern angeboten wird und zu der Sie von der Bezirksregierung angemeldet werden können, wenn Sie den Antrag auf Approbation gestellt haben.

### **Für den Antrag auf Erteilung der Approbation werden die folgenden Unterlagen benötigt:**

1. Schriftlicher, persönlich unterschriebener Antrag in deutscher Sprache auf Erteilung der Approbation (Datum und Unterschrift; **Anlage 1 - EU**),
2. Schriftliche, formlose Erklärung mit folgendem Wortlaut: „Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass weder ein gerichtliches Strafverfahren noch ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist.“ (Datum und Unterschrift; **Anlage 2 - EU**),
3. Schriftliche, formlose, persönlich unterschriebene Erklärung, dass Sie in der Vergangenheit in Deutschland noch keinen Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt haben (Datum und Unterschrift; **Anlage 2 - EU**),
4. Aktueller, tabellarischer, persönlich unterschriebener Lebenslauf,
5. Identitätsnachweis (z. B. Reisepass oder Ausweis). Der Nachweis soll mindestens den Namen, das Geburtsdatum, den Geburtsort und ein Lichtbild enthalten; Daten, die nicht zur Identifizierung benötigt werden, können auf der Kopie geschwärzt werden,
6. Geburtsurkunde / Auszug aus dem Familienbuch,
7. Bei Namensänderung: Nachweis/Urkunde über die Änderung des Namens,
8. Erklärung, dass Sie beabsichtigen im Land Nordrhein-Westfalen tätig zu werden (ggf. Anstellungsbestätigung eines Krankenhauses oder einer Praxis im Land Nordrhein-Westfalen; **Anlage 1 - EU**),

9. Bei bereits längerem Aufenthalt von mehr als sechs Monaten in Deutschland zusätzlich ein Führungszeugnis der Belegart „O“ gem. § 30 Abs. 5 BZRG. Es ist zu beantragen beim zuständigen Einwohnermeldeamt oder über das Online-Portal beim Bundesamt für Justiz. Bitte unbedingt den Verwendungszweck „Dezernat 24 – Approbationen - EU“ sowie die Adresse der Bezirksregierung Münster, Domplatz 1 – 3, 48143 Münster angeben,
10. Aktuelle ärztliche Bescheinigung über Ihre gesundheitliche Eignung zur Ausübung Ihres Berufs (die Bescheinigung darf nicht früher als drei Monate vor Antragstellung ausgestellt worden sein; **Anlage 3 - EU**),
11. Strafregisterauszug des Wohnortes im Ausland mit Übersetzung (die Bescheinigung darf nicht früher als drei Monate vor Antragstellung ausgestellt worden sein),
12. Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörden aus den Ländern, in denen Sie bereits ärztlich/zahnärztlich/pharmazeutisch tätig geworden sind, dass keine berufs- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen gegen Sie getroffen oder eingeleitet wurden (sogenannte Unbedenklichkeitsbescheinigung), sofern Sie in diesen Ländern nicht tätig geworden sind, ist eine entsprechende Negativbescheinigung einzureichen,
13. Bescheinigung über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift eines Sprachinstitutes, Stufe B 2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmes für Sprachen (GER) – diese Bescheinigung ist zur Anmeldung zur Fachsprachenprüfung erforderlich,
14. Nachweis über die abgeschlossene Ausbildung mit amtlich beglaubigter Kopie der Übersetzung:
  - a) Entweder entsprechende Nachweise der in Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG (in der jeweils gültigen Fassung) geforderten Dokumente oder
  - b) falls eine automatische Konformität nicht gegeben ist (Studienbeginn vor Beitrittsdatum), wird zusätzlich eine Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörde des Heimatlandes darüber benötigt, dass Ihr Studium die in Artikel 24, 34, 44 der Richtlinie 2005/36/EG (in der jeweils gültigen Fassung) genannten Anforderungen erfüllt oder
  - c) eine Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörde des Heimatlandes über die sogenannten erworbenen Rechte gemäß Artikel 23 der Richtlinie 2005/36/EG (in der jeweils gültigen Fassung).

Die unter den Nummern 5, 6, 7, 11, 12, 13 und 14 genannten Dokumente sind als **amtlich beglaubigte Kopie** vorzulegen.

Hinweis: Die eingereichten Dokumente werden zum Bestandteil der Verwaltungsakte und können daher nicht zurückgegeben werden.

Im Einzelfall kann die Vorlage weiterer Unterlagen notwendig sein.

**Zuständigkeitsbereich:**

Die Bezirksregierung Münster ist landesweit für die Bearbeitung von Approbationsanträgen für Personen, die im Land NRW ihre Arbeit aufnehmen wollen und über eine in der Europäischen Union abgeschlossene entsprechende Ausbildung verfügen, zuständig.

**Antragsform:**

Bitte reichen Sie Ihre Antragsunterlagen postalisch ein.

Alternativ haben Sie die Möglichkeit die Unterlagen persönlich während unserer Sprechstundenzeiten abzugeben.

Hinweis: Eine Bearbeitung per E-Mail übersandter Unterlagen ist leider nicht möglich.

**Beglaubigte Kopien:**

Anerkennungsfähig sind nur Beglaubigungen, die von einer zuständigen Behörde vorgenommen worden sind. Beglaubigungen durch Kirchen, Schulen, Studentenwerke, Verbände etc. gelten nicht als amtliche Beglaubigungen. Anerkennungsfähig sind beispielsweise Beglaubigungen, die durch Stadt- und Gemeindeverwaltung oder im Ausland vorgenommene Beglaubigungen durch die Deutsche Botschaft vorgenommen wurden.

Bei der persönlichen Abgabe der Antragsunterlagen während unserer Sprechstundenzeiten ist eine einfache Kopie in Verbindung mit dem Originaldokument ausreichend.

**Übersetzungen:**

Die Amtssprache ist deutsch. Alle fremdsprachigen Unterlagen müssen daher mit deutscher Übersetzung vorliegen. Sie können die Übersetzungen von einem in der Bundesrepublik Deutschland gerichtlich bestellten Übersetzer anfertigen lassen. Anerkennungsfähig sind jedoch auch Übersetzungen gerichtlich bestellter Übersetzer, die innerhalb eines anderen Mitgliedstaates der EU angefertigt worden sind. Die Kosten für die Erstellung der Unterlagen müssen Sie tragen.

**Postanschrift:**

Bezirksregierung Münster  
Dezernat 24 – Approbationen  
Domplatz 1-3  
48143 Münster

**Persönliche Sprechstundenzeiten:**

Bitte entnehmen Sie die jeweils geltenden Sprechzeiten dem Internetauftritt der Bezirksregierung Münster (s.u.).

**Internet:**

Weitere Informationen zum Ablauf des Approbationsverfahren finden Sie im Internet unter:

<http://www.brms.nrw.de/go/zaq>

---

(Name)

(Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse)

(Telefon)

**Bezirksregierung Münster  
-Dezernat 24-  
Domplatz 1-3  
48143 Münster**

## **Antrag**

**(zutreffendes bitte ankreuzen)**

Hiermit beantrage ich die

- Erteilung der **Approbation** als
- Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)
  - Zahnärztin/Zahnarzt gem. § 2 Zahnheilkundengesetz (ZHG)
  - Apothekerin/Apotheker gem. § 4 Bundesapothekerordnung (BApO)

Beabsichtigter Tätigkeitsort: \_\_\_\_\_

- Einstellungsbestätigung des zukünftigen Arbeitgebers liegt anbei
- Glaubhaftmachung der beabsichtigten Tätigkeitsaufnahme im Land NRW

**Hinweise zur Datenverarbeitung:**

*Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen Informationen zur Bearbeitung des Antrags erforderlich sind und hierfür gespeichert werden. Meine Angaben werden ggf. an die zuständige Kammer u. a. weitergegeben, soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist. Meine hier erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen, bin mir aber bewusst, dass mein Antrag dann ggf. nicht oder nicht unter Berücksichtigung der dann fehlenden Angaben bearbeitet werden kann. Die weitergehenden Informationen zu meinen Rechten unter [www.bezreg-muenster.de/de/datenschutz/24/index.html](http://www.bezreg-muenster.de/de/datenschutz/24/index.html) habe ich zur Kenntnis genommen.*

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eingereichte Unterlagen zum Zwecke der digitalisierten Verarbeitung scanfähig aufbereitet werden. Der automatisierte Dokumenteneinzug innerhalb des Scanvorganges erfordert es, dass beispielsweise Unterlagen die in gebundener oder ähnlicher Form eingereicht werden, vollständig gelöst bzw. aufgetrennt werden.*

---

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

---

(Name)

(Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse)

(Telefon)

**Bezirksregierung Münster**  
**-Dezernat 24 -**  
**Domplatz 1-3**  
**48143 Münster**

### **Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und kein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet ist.

---

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

### **Erklärung**

Ich habe (in der Vergangenheit und derzeit) bei folgenden Behörden einen entsprechenden Antrag gem. BÄO, ZHG, BApO gestellt bzw. eine Erlaubnis erhalten:

---

(Name und Sitz der Behörde/n)

( ) Ich habe bisher noch keinen entsprechenden Antrag gestellt

---

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

---

(Name)

(Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse)

(Telefon)

**Bezirksregierung Münster**  
**-Dezernat 24 -**  
**Domplatz 1-3**  
**48143 Münster**

## **Ärztliche Bescheinigung**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des

- ( ) ärztlichen
- ( ) zahnärztlichen
- ( ) pharmazeutischen

Berufes ungeeignet ist.

---

(Ort und Datum)

(Unterschrift)



Arztstempel

(Name)	(Vorname)
(Straße, Hausnummer)	
(PLZ, Ort)	
(E-Mailadresse)	(Telefon)

**Bezirksregierung Münster  
-Dezernat 24 -  
Domplatz 1-3  
48143 Münster**

### Vollmacht

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

Hiermit bevollmächtige ich

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

mich im Antragsverfahren gegenüber der Bezirksregierung Münster zur Approbations/Berufserlaubniserteilung 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. Über etwaige Abweichungen der zuvor genannten Punkte informiere ich die Bezirksregierung Münster.

Die Vollmacht gilt ab untenstehendem Datum bis diese meinerseits gegenüber der Bezirksregierung Münster widerrufen wird.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)	(Datum)	(Unterschrift)
-------	---------	----------------