

## **Merkblatt:**

### **Approbationsverzicht**

Auf die Approbation kann durch schriftliche Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde verzichtet werden; zuständig ist die Behörde, in deren Bereich der Beruf ausgeübt wird oder zuletzt ausgeübt wurde. Sollte Ihr letzter Dienort in meinem Regierungsbezirk\* liegen, reichen Sie bitte Ihre **Verzichtserklärung** (Anlage 1), das **Original Ihrer Approbationsurkunde** sowie aller **vorhandenen beglaubigten Kopien** auf dem Postweg ein.

**Hinweis** für Psychologische Psychotherapeuten/Psychologische Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen: Gemäß § 6 Abs. 3 des PsychThG weise ich darauf hin, dass die Verzichtserklärung nicht widerrufen kann.

Für wichtige Fragen wenden Sie sich bitte mit dem Betreff „Verzicht auf Approbation“ an das Funktionspostfach [ah-erkennung@brms.nrw.de](mailto:ah-erkennung@brms.nrw.de).

<b>*Regierungsbezirk Münster:</b>	
<b>Kreise</b>	<b>Kreisfreie Städte</b>
Borken Coesfeld Recklinghausen Steinfurt Warendorf	Bottrop Gelsenkirchen Münster

### **Antragsform:**

Bitte reichen Sie Ihre Antragsunterlagen postalisch ein. Eine Bearbeitung per E-Mail übersandter Unterlagen ist nicht möglich. Bitte verzichten Sie auf Hüllen und Mappen, heften Sie die Dokumente bitte an Ihrer Verzichtserklärung.

\_\_\_\_\_  
(Name, auch Geburtsname)

\_\_\_\_\_  
(Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail-Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

**Bezirksregierung Münster  
Dezernat 241 – ZAG-aH  
Domplatz 1-3  
48143 Münster**

## **Verzicht auf Approbation**

**Approbationsdatum:** \_\_\_\_\_

**Ausstellende Approbationsbehörde:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort und -datum:** \_\_\_\_\_

Ich verzichte auf meine Approbation als

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Zahnarzt/Zahnärztin
- ☐ Apotheker/Apothekerin
- ☐ Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Mein derzeitiger/letzter Dienstort: \_\_\_\_\_

☐ Ich füge diesem Schreiben das Original meiner Approbationsurkunde bei.

☐ Ich versichere, dass das Original meiner Approbationsurkunde in Verlust geraten oder vernichtet ist. Ich verpflichte mich das Original der Urkunde sowie amtlich beglaubigte Kopien im Falle des Wiederfindens unverzüglich an die ausstellende Bezirksregierung zu senden. Ich wurde von der zuständigen Bezirksregierung darauf hingewiesen, dass das Original der Approbationsurkunde durch den Verzicht die Gültigkeit verliert und dass ich gemäß § 52 Verwaltungsverfahrensgesetz zur Herausgabe der Urkunde verpflichtet bin. Erklärung, wie die Urkunde in Verlust geraten ist:

---

---

---

**Hinweis 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 <https://www.bezreg-muenster.de/datenschutz> habe ich zur Kenntnis genommen.

**Hinweis für Psychologische Psychotherapeuten/Psychologische Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen:**

Gemäß § 6 Abs. 3 des PsychThG bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich meine Erklärung des Verzichts nicht widerrufen kann.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)