

Merkblatt:

Antrag auf Erteilung der ärztlichen, zahnärztlichen, pharmazeutischen oder psychotherapeutischen Approbation – Abschluss der Ausbildung in Deutschland –

Wer in Deutschland den Beruf als Apotheker, Arzt, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Psychotherapeut oder Zahnarzt ohne Einschränkungen ausüben will, braucht eine staatliche Erlaubnis, die Approbation. Die Approbation berechtigt zur selbstständigen Berufsausübung. Sie wird unbefristet erteilt und ist für die gesamte Bundesrepublik Deutschland gültig.

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

- Sie eine **abgeschlossene ärztliche / zahnärztliche / pharmazeutische / psychotherapeutische Ausbildung** nachweisen.
- 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.

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

Hinweis: Das Einreichen der Antragsunterlagen in unvollständiger Form führt nicht zu einer beschleunigten Bearbeitung.

1. Schriftlicher, persönlich unterschriebener Antrag auf Erteilung der Approbation (Datum und Unterschrift; **Anlage 1 - DE**),
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 1 - DE**),
3. Aktueller, tabellarischer, lückenloser Lebenslauf (mit Angaben bis zum Datum der Antragstellung),
4. 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,
5. Geburtsurkunde / Auszug aus dem Familienbuch,
6. Bei Namensänderung: Nachweis/Urkunde über die Änderung des Namens,
7. 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 241 – ZAG-aH - DE“ sowie die Adresse der zuständigen Bezirksregierung angeben (das Führungszeugnis darf bei Antragstellung nicht älter als einen Monat sein),
8. Aktuelle ärztliche Bescheinigung über Ihre gesundheitliche Eignung zur Ausübung Ihres Berufs (die Bescheinigung darf bei Antragstellung nicht älter als einen Monat sein; **Anlage 2 - DE**),
9. Prüfungszeugnis des Landesprüfungsamtes - bitte reichen Sie das Prüfungszeugnis bereits bei Antragstellung mit ein

(Apotheker: Prüfungszeugnis über den Dritten Abschnitt und über die Pharmazeutische Prüfung; Zahnärzte von der Universität Münster ausgehändigter Umschlag)

Die unter den Nummern 4, 5, ggf. 6 und 9 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 für die Bearbeitung von Approbationsanträgen zuständig, wenn Sie Ihre letzte Prüfung im Regierungsbezirk Münster (Kreise Borken, Coesfeld, Steinfurt, Recklinghausen und Warendorf sowie die kreisfreien Städte Bottrop, Gelsenkirchen und Münster) oder im Rahmen der Ausbildung einer nordrhein-westfälischen Universität in Osnabrück oder Lingen abgelegt haben.

Antragsform:

Bitte reichen Sie Ihre Antragsunterlagen postalisch ein. Bitte sehen Sie von der Nutzung von Klarsichtfolien, Bewerbungsmappen etc. ab.

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

Beglaubigte Kopie:

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.

Postanschrift:

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

Persönliche Sprechstundenzeiten:

Zurzeit werden keine persönlichen Sprechstunden angeboten.

Internet:

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

<https://www.bezreg-muenster.de/themen/gesundheit-und-soziales/zentrale-anerkennungsstelle-fuer-gesundheitsberufe/approbation-zag>

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

Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
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).
- ☐ () Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
gem. § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) (alte Fassung).
- ☐ () Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut gem. § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) (alte Fassung).
- ☐ () Psychotherapeutin/Psychotherapeut gem. § 2 Psychotherapeutengesetz
(PsychThG).

Letzter Prüfungsort/-datum: _____/_____ (s. Zuständigkeitsbereich/Merkblatt)

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.

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

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

<hr/>	
(Name)	(Vorname)
<hr/>	
(Straße, Hausnummer)	
<hr/>	
(PLZ, Ort)	
<hr/>	
(E-Mailadresse)	(Telefon)

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

Erklärung zur Datenverarbeitung

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, sodass mir der ggf. eintretende Beweiswertverlust bewusst ist.

Ich nehme weiterhin zur Kenntnis, dass von mir eingereichte Dokumente im Rahmen des ersetzenden Scannens vernichtet werden und diese Dokumente nach erfolgter Antragstellung nicht mehr in physikalischer Form bereitgestellt werden können.

<hr/>	
(Ort und Datum)	(Unterschrift*)

Erklärung zum digitalen Empfang von Dokumenten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bezirksregierung Münster ausgewählte Dokumente digital per E-Mail übermittelt, sofern ich im Rahmen der Antragstellung meine E-Mail-Adresse oder die einer bevollmächtigten Person angebe.

<hr/>	
(Ort und Datum)	(Unterschrift*)

**beide Erklärungen sind gesondert zu unterschreiben*

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

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
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
- ☐ psychotherapeutischen

Berufes ungeeignet ist.

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

