

## Merkblatt:

### Antrag auf Erteilung der ärztlichen, zahnärztlichen oder pharmazeutischen Approbation – Abschluss der Ausbildung außerhalb der Europäischen Union –

Wenn Sie Ihre Ausbildung in einem Staat außerhalb der Europäischen Union abgeschlossen haben und 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. Wenn Ihre Ausbildung gutachterlich überprüft werden kann, wird festgestellt, ob wesentliche Unterschiede gegenüber einer deutschen Ausbildung vorliegen. Sofern Ihre Ausbildung nicht überprüfbar oder nicht gleichwertig ist, können Sie Ihren Kenntnisstand mit einer Gleichwertigkeitsprüfung (**Kenntnisprüfung**) nachweisen, die an die deutsche Abschlussprüfung angelehnt ist.
- 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 B2 mit Fachsprachkenntnissen auf dem Niveau C1 des GER. Es ist daher ein Zertifikat über das Bestehen einer Prüfung auf dem Niveau B2 der GER vorzulegen (s. Punkt 15). Die Fachsprachkenntnisse auf dem Niveau C1 des GER werden i.d.R. durch das Bestehen der **Fachsprachprüfung** nachgewiesen, die bei den jeweiligen Ärzte-, Zahnärzte- oder Apothekerkammern angeboten wird und zu der Sie von der Bezirksregierung angemeldet werden können, wenn Sie den Antrag auf Approbation gestellt haben. Sollten Sie beabsichtigen anderweitig den Nachweis der erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache zu erbringen (z.B. weil die deutsche Sprache Ihre Muttersprache ist oder Sie eine ärztliche, zahnärztliche, pharmazeutische Ausbildung, die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychotherapeuten in deutscher Sprache erfolgreich abgeschlossen haben oder Sie eine mindestens zehnjährige allgemeinbildende Schulbildung an einer deutschsprachigen Schule oder den Abschluss einer anderen mindestens dreijährigen, berufsnahen Berufsausbildung in deutscher Sprache erworben haben), so wird dies jeweils im Einzelfall geprüft. Die Geeignetheit eines solchen Nachweises wird aus den Gründen des Schutzes der Patientinnen und Patienten unter Anlegung eines strengen Maßstabs beurteilt.

Im Rahmen des Approbationsverfahrens besteht die Möglichkeit, Ihnen eine **Berufserlaubnis** für eine nichtselbstständige und nichtleitende Tätigkeit unter Anleitung Verantwortung und Aufsicht zu erteilen. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie über eine abgeschlossene ärztliche/zahnärztliche/pharmazeutische Ausbildung verfügen und Ihre fachsprachlichen Kenntnisse durch die erfolgreiche Teilnahme an der Fachsprachenprüfung bei der entsprechenden Kammer nachgewiesen haben. Eine Erteilung kommt für maximal zwei Jahre in Betracht.

**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 in deutscher Sprache auf Erteilung der Approbation und ggf. einer Berufserlaubnis (Datum und Unterschrift; **Anlage 1 - DS**),
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 - DS**),
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 - DS**),
4. Schriftliche, formlose, persönlich unterschriebene Erklärung, dass Sie in der Bundesrepublik Deutschland noch kein Medizin-, Zahnmedizin-, Pharmaziestudium begonnen haben und nicht endgültig durch die ärztliche Vor-/Prüfung gefallen sind (Datum und Unterschrift; **Anlage 2 - DS**),
5. Aktueller, tabellarischer Lebenslauf (darin sind Studium und der berufliche Werdegang bis zum Datum der Antragstellung lückenlos darzustellen),
6. 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, sollen auf der Kopie geschwärzt werden,
7. Geburtsurkunde / Auszug aus dem Familienbuch
8. Bei Namensänderung: Nachweis / Urkunde über die Änderung des Namens,
9. Glaubhaftmachung der beabsichtigten Tätigkeitsaufnahme im Land Nordrhein-Westfalen:
  - a) Stellenzusage in Nordrhein-Westfalen oder
  - b) Meldebescheinigung über Ihren Wohnort in NRW oder
  - c) Hospitationsbescheinigung (mit *Benennung eines konkreten Zeitraums von mind. 14 Tagen*) bzw. Nachweis über ein Praktikum in NRW
10. 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 241 – ZAG-aH - DS“ sowie die Adresse der Bezirksregierung Münster, Joseph-König-Straße 3 in 48147 Münster angeben,
11. 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 - DS**),
12. Strafregisterauszüge aus allen Ländern, in denen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wohnhaft waren (die Bescheinigung darf nicht früher als drei Monate vor Antragstellung ausgestellt worden sein),
13. 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),
14. Bescheinigung der obersten Gesundheitsbehörde aus Ihrem Heimatland/Studienland, dass Sie zur uneingeschränkten Ausübung des Berufes berechtigt sind,
15. Bescheinigung über ausreichende Deutschkenntnisse in Wort und Schrift eines Sprachinstitutes, Stufe B 2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) – diese Bescheinigung ist zur Anmeldung zur Fachsprachenprüfung erforderlich,
16. Nachweise über die abgeschlossene Ausbildung:
- a) Diplom,
  - b) detaillierte Fächerauflistung, mit Angabe der pro Fach gelehrteten Stundenzahl,
  - c) Fächer- und Notenübersicht,
  - d) Nachweis über die Ableistung der praktischen Ausbildung.
17. Nachweis über eine Anerkennung der Ausbildung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat, falls vorhanden
18. Sofern eine gutachterliche Überprüfung der absolvierten Ausbildung erfolgt und diese auch möglich ist:
- a) Vorlage des für Ihren Studienzeitraum gültigen Lehrplanes, Curriculum, Syllabus etc., aus denen Inhalte, Art und Weise von deren Vermittlung sowie Häufigkeit, Art und Weise der Prüfungen hervorgehen,
  - b) Programmablauf zum Nachweis über die Ableistung der praktischen Ausbildung
  - c) Qualifizierte Dienstzeugnisse über die bisher ausgeübten Tätigkeiten mit amtlich beglaubigten Kopien der Übersetzungen,
  - d) Teilnahmebescheinigungen über besuchte Fortbildungen, falls vorhanden,
  - e) Kostenübernahmeverklärung für die Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit der erworbenen ärztlichen / zahnärztlichen / pharmazeutischen Ausbildung gegenüber der deutschen ärztlichen / zahnärztlichen / pharmazeutischen Ausbildung (**Anlage 4 - DS**).

Die unter den Nummern 7, 11, 12, 13, 14, 16, 17 und 18 b, c + d benannten Dokumente sind in Form einer **qualifizierten Übersetzung** vorzulegen. Das Dokument Nummer 18 a kann ausnahmsweise in englischer Sprache vorgelegt werden (in Form einer qualifizierten Übersetzung oder als Originalausfertigung der ausstellenden Institution).

Die unter den Nummern 1, 2, 3, 4 und 5 genannten Dokumente sind **im Original** vorzulegen, alternativ können die Dokumente 9 und 11 als **einfache Kopie** vorgelegt werden. Die unter den Nummern 6, 7, 8, 12, 13, 14, 16, 17 und 18 a, b, c + d 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 außerhalb der Europäischen Union abgeschlossene entsprechende Ausbildung verfügen, zuständig.

### **Antragsform:**

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

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, Studierendenwerke, 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. Die Kosten hierfür sind von Ihnen zu tragen.

### **Legalisation oder Haager Apostille:**

Die Echtheit der ausländischen Urkunden ist im Einzelfall durch die zuständige deutsche Auslandsvertretung zu bestätigen.

### **Übersetzungen:**

Qualifizierte Übersetzung z. B. von einer in Deutschland gerichtlich ermächtigten Person (eine Liste der gerichtlich ermächtigten Übersetzer gibt es beim Oberlandesgericht) oder einen Übersetzer aus dem Ausland, der von der deutschen Auslandsvertretung anerkannt ist. Eine im Ausland gefertigte Übersetzung kann einer qualifizierten Übersetzung gleichstehen, wenn die diplomatische Vertretung der Bundesrepublik Deutschland die Richtigkeit und Vollständigkeit der Übersetzung bestätigt oder der Auslandsvertretung eine Liste zu den im Ausstellungsland anerkannten Übersetzern vorliegt und die Übersetzung von einem auf der Liste aufgeführten Übersetzer vorgenommen wurde.

Liegt Letzteres nicht vor, hat der Antragstellende vor Erteilung einer Approbation oder Berufserlaubnis eine Übersetzung von einem in Deutschland gerichtlich ermächtigten Übersetzer vorzulegen.

Eine qualifizierte Übersetzung sollte folgenden Eckpunkten entsprechen:

- Der Übersetzer ist öffentlich bestellt und für die Sprache ermächtigt.
- Das gesamte Dokument inklusive Apostille/ Legalisation wurde übersetzt.
- Der Übersetzer bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Übersetzung das Originaldokument bzw. eine amtlich beglaubigte Kopie vorlag.
- Damit ersichtlich ist, von welchen Dokumenten die vorgelegten Übersetzungen angefertigt wurden, ist eine Kopie des originalsprachigen Dokumentes durch den Übersetzer erkennbar mit der qualifizierten Übersetzung zu verbinden (z. B. durch das Anbringen eines Siegels an den Verbindungsstellen).

**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](https://www.bezreg-muenster.de/themen/gesundheit-und-soziales/zentrale-anerkennungsstelle-fuer-gesundheitsberufe/approbation-zag)

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

**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 Zahnheilkundegesetz (ZHG)
- Apothekerin/Apotheker gem. § 4 Bundesapothekerordnung (BApO)

Erteilung der **Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung\*** des

(\*eine Berufserlaubnis kann ausschließlich im Rahmen des Approbationsverfahrens erteilt werden)

Ersterteilung     Verlängerung / Umschreibung

- ärztlichen Berufs gem. § 10 Bundesärzteordnung (BÄO)
- zahnärztlichen Berufs gem. § 13 Zahnheilkundegesetz (ZHG)
- Apothekerberufs gem. § 11 Bundesapothekerordnung (BApO)

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

(\*Angabe der konkreten Stadt, Kommune etc.)

Einstellungsbestätigung des zukünftigen Arbeitgebers oder

Beleg des dauerhaften Wohnsitzes oder

Glaubhaftmachung der beabsichtigten Tätigkeitsaufnahme im Land NRW

Weitere Angaben zur Person:

|   |  |
|---|--|
| Geburtsdatum:                           |  |
| Geburtsort/-land:                       |  |
| ggf. Geburtsname:                       |  |
| Staatsangehörigkeit:                    |  |
| In der Bundesrepublik Deutschland seit: |  |

Angaben zum Studium:

|                  |  |
|------------------|--|
| Studienland:     |  |
| Universität:     |  |
| Studienzeitraum: |  |

Angaben über berufliche Tätigkeiten seit Abschluss der Ausbildung:

| von | bis | als | in |
|-----|-----|-----|----|
|     |     |     |    |
|     |     |     |    |
|     |     |     |    |

Sind Sie in Ihrem Heimatland berechtigt den Berufs als \_\_\_\_\_  
uneingeschränkt auszuüben? ( ) Ja ( ) Nein

In der Bundesrepublik Deutschland bereits tätig seit: \_\_\_\_\_

Bereits erhaltene Berufserlaubnisse:

| Behörde | von | bis |
|---------|-----|-----|
|         |     |     |
|         |     |     |

**(zutreffendes bitte ankreuzen)**

( ) Mir ist es nicht möglich, entsprechende Ausbildungs- und Befähigungsnachweise für eine gutachterliche Feststellung der Gleichwertigkeit meiner ärztlichen/zahnärztlichen/pharmazeutischen Ausbildung mit der deutschen Ausbildung vorzulegen.

**oder**

( ) Ich beantrage hiermit die Überprüfung der Gleichwertigkeit meines Ausbildungsstandes im Gutachterverfahren festzustellen.

**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.*

---

(Name) (Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse) (Telefon)

---

(Aktenzeichen) (Geburtsdatum)

**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 Scavorganges 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 ersetzenen Scannens vernichtet werden und diese Dokumente nach erfolgter Antragstellung nicht mehr in physikalischer Form bereitgestellt werden können.

---

(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.

---

(Ort und Datum) (Unterschrift\*)

*\*beide Erklärungen sind gesondert zu unterschreiben*

---

(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen) (Geburtsdatum)

**Bezirksregierung Münster  
-Dezernat 241 – ZAG-aH-  
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)

### **Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht im Rahmen eines Medizin-, Zahnmedizin-, Pharmaziestudiums in der Bundesrepublik Deutschland eine Prüfung endgültig nicht bestanden habe.

---

(Ort und Datum) (Unterschrift)

---

(Name)

(Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse)

(Telefon)

---

(Aktenzeichen)

(Geburtsdatum)

**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

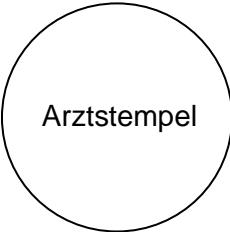
Berufes ungeeignet ist.

---

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Arztstempel



---

(Name) (Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse) (Telefon)

---

(Aktenzeichen) (Geburtsdatum)

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

**Kostenübernahmeeklärung  
(zutreffendes bitte ankreuzen)**

Hiermit erkläre ich, dass ich die Beauftragung der Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit meiner

- ärztlichen  
 zahnärztlichen  
 pharmazeutischen

Ausbildung gegenüber der entsprechenden deutschen Ausbildung wünsche.

Ich erkläre, dass ich sämtliche Kosten für die gutachterliche Überprüfung der Gleichwertigkeit meiner Ausbildung übernehme.

---

(Ort und Datum) (Unterschrift)

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass eingereichte Unterlagen zum Zwecke der gutachterlichen Überprüfung aufbereitet werden. Die Überprüfung erfordert es gegebenenfalls, dass 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)      |
| (Aktenzeichen)       | (Geburtsdatum) |

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

Anrede (Frau/Herr/divers): \_\_\_\_\_

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.

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)