

## Antragsrücknahme Approbation

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

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

### Antragsrücknahme

- ☐ Abschluss in der EU      ☐ Abschluss in einem Drittstaat  
(bitte unbedingt ankreuzen, da anderenfalls eine Zusortierung nicht möglich ist)

Hiermit nehme ich meinen Antrag auf Erteilung der **Approbation** als

- ( ) Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)  
( ) Zahnärztin/Zahnarzt gem. § 2 Zahnheilkundengesetz (ZHG)  
( ) Apothekerin/Apotheker gem. § 4 Bundesapothekerordnung (BApO)  
( ) Psychotherapeutin/Psychotherapeut gem. § 2 Psychotherapeutengesetz  
(PsychThG)

verbindlich zurück.

Die Kosten für den bei der Bezirksregierung Münster entstandenen Verwaltungsaufwand werde ich übernehmen.

Die von mir eingereichten Unterlagen werden auf Anforderung der Behörde, bei der ich einen neuen Antrag auf Erteilung der Approbation stellen werde, an diese übermittelt.

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