Mecklenburg-Vorpommern

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Friedrich-Engels-Platz 5 - 8
18055 Rostock

Antrag auf Erteilung Berufserlaubnis/Approbation (Drittstaaten)

Hiermit beantrage ich die Erteilung der:

☐ Approbation	☑ Berufserlaubnis	☑ Approbation und Berufserlaubnis

als:

☑ Arzt/ Ärztin

☐ Zahnarzt/Zahnärztin

☐ Apotheker/in

☐ (Psychologische/r) Psychotherapeut/in

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Dem Antrag sind alle erforderlichen Unterlagen gemäß der Checkliste für die Erteilung der Berufserlaubnis/der Approbation (Anlage 1) hinzuzufügen.

Bitte beachten Sie die Formvorschriften (Anlage 2) beim Zusammenstellen Ihrer Unterlagen. Soweit die Nachweise nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich in beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

Der Antrag gilt erst als vollständig eingereicht, wenn die geforderten Unterlagen vollständig und in entsprechender Form vorgelegt wurden.

Eingereichte Unterlagen werden nicht an Sie zurückgegeben!

LAGuS
Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V

I. Verfahren in anderen Bundesländern

Führen Sie <u>ein laufendes Verfahren</u> auf Erteilung der Berufserlaubnis und/oder Approbation in einem anderen Bundesland?			
☐ nein	☐ ja	*Bundesland?*	
Haben Sie <u>in der Vergangenheit</u> einen Antrag auf Erteilung der Berufserlaubnis und/oder Approbation in einem anderen Bundesland gestellt <u>und</u> diesen zurückgenommen?			
☐ nein	☐ ja	*Bundesland?*	
		Wann?	
Haben Sie schon einmal an einer Fachsprachenprüfung teilgenommen?			
☐ nein	☐ ja	*Wie oft?*	
Haben Sie schon einmal an einer Kenntnisprüfung teilgenommen?			
☐ nein	☐ ja	*Wie oft?*	
Hatten Sie schon einmal eine Berufserlaubnis in einem anderen Bundesland?			
☐ nein	☐ ja	*Wie lange?*	

II. Zuständigkeit

Haben Sie einen festen Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern?			
☐ nein	☐ ja		
Haben Sie bereits eine Beschäftigungszusage eines Arbeitgebers in Mecklenburg-Vorpommern?			
☐ nein	☐ ja	*Arbeitgeber Name/Anschrift*	
Nehmen Sie aktuell oder zukünftig an einer Bildungsmaßnahme in Mecklenburg-Vorpommern teil?			
☐ nein	☐ ja	*Bildungsträger Name:*	Akademie der Jungen Ärzte, All Medical GmbH
		Ort?	Wilhelm-Brücke-Ring 18, 18439 Stralsund

III. Angaben zur Person

Nachname			
Ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			
Aktuelle Meldeadresse*	*Straße*		
	Postleitzahl		
	Ort		
Emailadresse			
Telefonnummer			

* Änderungen der Meldeadresse sind **umgehend** dem Landesprüfungsamt mitzuteilen

IV. Angaben zur Ausbildung

In welchem Land haben Sie studiert?		
In welcher Stadt war Ihre Universität?		
Name der Universität:		
Zeitraum des Studiums	**von:**	
	bis:	
Datum der (Abschluss-) Prüfung		

Hatten Sie eine praktische Ausbildung? *(zum Beispiel: Internatur/ Ordinatur/Residentur/ Internship)?*	☐ nein	☐ ja
	von ... bis ... TT.MM.JJJJ	bis ...
	Wo?	
Haben Sie eine Berechtigung zur Ausübung des Berufs erworben? *(zum Beispiel: Arztausweis/Lizenz/ Eintragung ins Register)*	☐ nein	☐ ja
	TT.MM.JJJJ	
	Wo?	
Haben Sie eine Anerkennung als Facharzt?	☐ nein	☐ ja
	Erteilt / Datum	
	Wo?	
	Fachgebiete	

V. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

Von/Datum	Bis/Datum	Art der Beschäftigung	Ort der Beschäftigung

VI. Zusätzliche Erklärung

☑ Ich versichere, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig ist oder war. Sollte ein Verfahren anhängig sein oder gewesen sein, werde ich den Grund für die Einleitung des Verfahrens und das Aktenzeichen, unter dem das Verfahren bei der ermittelnden Institution geführt wird, nachfolgend angeben.

VII. Datenschutzerklärung

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 Ansprüchen und Rechten in den Datenschutzhinweisen (Anlage 3) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, TT.MM.JJJJ ✕

Ort, Datum — eigenhändige Unterschrift

ausgeschrieben mit vollem Vorname und Familienname

HINWEIS: Das fertig ausgefüllte Formular bitte nur mit der Post an die oben auf dem Antrag angegebene Adresse versenden.