

(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Telefonnummer / E-Mail)

Bezirksregierung Köln
Dezernat 24
50606 Köln

Aktenzeichen: 24.20.06 -

Datum:

Antrag

Hiermit beantrage ich die

- Erteilung der Approbation als
- Arzt/Ärztin gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)
 - Zahnarzt/Zahnärztin gem. § 2 Zahnheilkundegesetz (ZHG)
 - Apotheker/in gem. § 4 Bundesapothekerordnung (BApO)
 - Psychologische/r Psychotherapeut/in oder
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
gem. § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

- Erteilung/Verlängerung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des
- ärztlichen Berufs gem. § 10 Bundesärzteordnung (BÄO)
 - zahnärztlichen Berufs gem. § 13 Zahnheilkundegesetz (ZHG)
 - Apothekerberufs gem. § 11 Bundesapothekerordnung (BApO)
 - psychotherapeutischen Berufs gem. § 4 Psychotherapeutengesetz

Beabsichtigter Tätigkeitsort: _____

- Einstellungsbestätigung des zukünftigen Arbeitgebers liegt anbei.
 Ich beabsichtige im Regierungsbezirk Köln tätig zu werden.

Angaben zur Person:

Geburtsdatum:

Geburtsort und - land:

ggf. Geburtsname:

Staatsangehörigkeit:

In der Bundesrepublik Deutschland seit:

Familienstand:

ledig geschieden verheiratet

Angaben zur Ausbildung:

Das Studium wurde absolviert in: _____
von _____ bis: _____
Prüfung am _____ in: _____

Haben Sie in Ihrem Heimatland das Recht den Beruf als _____
uneingeschränkt auszuüben?

Ja Nein

Angaben über die beruflichen Tätigkeiten:

Berufliche Tätigkeiten seit Abschluss der Ausbildung:

von: bis: als: in:

in der Bundesrepublik Deutschland tätig seit: _____
bereits erhaltene Berufserlaubnisse von:

Behörde: _____ von: _____ bis: _____
Behörde: _____ von: _____ bis: _____
Behörde: _____ von: _____ bis: _____

Erklärung:

Ich versichere, dass meine Angaben zum Antrag vollständig und richtig sind und ich beabsichtige, im Regierungsbezirk Köln tätig zu werden und dass ich in keinem anderen Land oder Regierungsbezirk der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung der Berufserlaubnis oder der Approbation gestellt habe oder stellen werde, sowie bisher noch an keiner Gleichwertigkeitsprüfung teilgenommen habe.

Ich bin informiert, dass der Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn dieses Formblatt vollständig ausgefüllt ist **und** die erforderlichen Unterlagen vorliegen und dass ich -ohne im Besitz einer gültigen Erlaubnis zu sein- nicht zur Ausübung des (zahn-)ärztlichen bzw. pharmazeutischen Berufes berechtigt bin. Mir ist bekannt, dass eine unerlaubte Ausübung der Heilkunde nach § 5 des Heilpraktikergesetzes (BGBl III 2122-2) in der derzeit gültigen Fassung mit Strafe bedroht ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hinweis:

Telefonsprechzeiten Mo-Do in der Zeit von 9:00 Uhr bis 11:00 Uhr und Mi von 13:00 Uhr bis 15:00 Uhr.

Persönliche Sprechzeit **nur** Donnerstag in der Zeit von 8:30 Uhr bis 12:00 Uhr und von 13:00 Uhr bis 15:00 Uhr.