

Antrag auf Erteilung der Approbation als Arzt/Ärztin



SACHSEN-ANHALT

Bitte benutzen Sie zum handschriftlichen Ausfüllen einen Kugelschreiber!

Landesverwaltungsamt
Referat 507
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Ernst-Kamieth-Str. 2
06112 Halle (Saale)

Betr.: Approbation als Arzt/ Ärztin

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Erteilung der Approbation als Arzt/ Ärztin nach der Bundesärzteordnung.

Zusendung an nachstehende Adresse

Angaben zur Person/ Adresse	
Familiename	
Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)	
Vorname(n) (Schreibweise laut Geburtsurkunde)	
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
E-Mail-Adresse	

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum
eigenhändige Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Herr / Frau

geboren am

in

wohnhaft

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

geeignet.

Ort, Datum

Unterschrift Stempel mit Bezeichnung der Einrichtung des Arztes

Erklärung zur Straffreiheit

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, kein berufsrechtliches Verfahren oder auch kein berufsgerichtliches Verfahren gegen mich anhängig ist.

Ort, Datum

Unterschrift