

**ROP-SG55.2-2416.****Hinweise zum Ausfüllen des Antrags:**

- Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen  oder ausfüllen. Soweit der zur Beantwortung der Fragen vorgesehene Raum nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.
- Bitte tragen Sie Ihren Namen und Vornamen in amtlicher Schreibweise (vgl. Reisepass, Personalausweis) ein.
- Wenn Sie die **Verlängerung der Erlaubnis** beantragen, brauchen Sie die **Angaben ab Nr. 1.2** nur beantworten, wenn sich seit Ihrem letzten Antrag hier etwas geändert hat.

Regierung der Oberpfalz  
Sachgebiet 55.2  
93039 Regensburg

**ANTRAG**

- auf Erteilung der Erlaubnis  auf Verlängerung der Erlaubnis  
 zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO)  
 zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde nach § 13 des Zahnheilkundengesetzes (ZHG)

für folgende Arbeitsstelle (genaue Bezeichnung, Anschrift)

Beschäftigungsbeginn und Dauer des Beschäftigungsverhältnisses

**I. Angaben zur Person**

<b>1.1</b>	Name, Vorname (ggf. Geburtsname)		Geburtsdatum
	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Derzeitige Anschrift (Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort)		Im Bundesgebiet wohnhaft seit
	Ggf. erreichbar unter Telefonnummer	Telefaxnummer	E-Mail-Adresse
<b>1.2</b>	Letzter Aufenthaltstitel erteilt als <input type="checkbox"/> Visum <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis		
	von	bis	vom Landratsamt / von der Stadt
	gültig		
<b>1.3</b>	Sind Sie gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Läuft derzeit ein Verfahren gegen Sie? Falls ja, bei welcher Behörde? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>1.4</b>	Beherrschen Sie die deutsche Sprache vollständig in Wort und Schrift?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**II. Ausbildung**

<b>2.1</b>	Wann und wo haben Sie Medizin / Zahnmedizin studiert?		
	von	bis	in (Universität)
<b>2.2</b>	Wann haben Sie Ihre ärztliche Schlussprüfung / zahnärztliche Prüfung abgelegt?		
	am	in	
<b>2.3</b>	Haben Sie nach dem Recht Ihres Ausbildungslandes die ärztliche / zahnärztliche Ausbildung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
	Dürfen Sie in Ihrem Ausbildungsland den ärztlichen / zahnärztlichen Beruf uneingeschränkt ausüben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<b>2.4</b>	Hat ein Mitgliedsstaat der EU, des EWR oder die Schweiz Ihre Ausbildung bereits anerkannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<b>2.5</b>	Bei Ärzten: Beabsichtigen Sie die Weiterbildung zum Facharzt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Haben Sie bereits mit der Weiterbildung zum Facharzt begonnen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Wenn ja, begonnen am	Für welches Fachgebiet?	Voraussichtlicher Abschluss am

### III. Bisherige Tätigkeit

Waren / Sind Sie bereits in Deutschland, einem Mitgliedsstaat der EU, des EWR oder der Schweiz ärztlich / zahnärztlich tätig? Falls ja, tätig seit			
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja	
Bei Arbeitgeber / Beschäftigungsstelle	von / bis	Erlaubnis erteilt durch welche Behörde?	Erlaubnis gültig bis
Wurde eine Erlaubnis nicht erteilt oder widerrufen?		Falls ja, von welcher Behörde?	
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja	

### IV. Dauer der Erlaubnis

Wie lange soll die vorübergehende Ausübung des ärztlichen / zahnärztlichen Berufs in der Bundesrepublik Deutschland dauern?
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### V. Erklärung

Ich versichere, dass meine Angaben zum Antrag vollständig und richtig sind.

Hiermit erkläre ich, dass ich nur bei der Regierung der Oberpfalz einen Antrag auf Erteilung der Erlaubnis nach § 10 BÄO / § 13 ZHG gestellt habe und ich während des hier laufenden Verfahrens keinen weiteren Antrag bei einer anderen Behörde stellen werde.

Mir ist bekannt, dass die beantragte Erlaubnis nach § 10 BÄO / § 13 ZHG jederzeit widerrufen werden kann und dass sie nur für eine vorübergehende Tätigkeit in abhängiger Stellung erteilt wird.

Mir ist weiterhin bekannt, dass die beantragte Erlaubnis nach § 10 BÄO / § 13 ZHG grundsätzlich für den Zeitraum von höchstens **zwei Jahren** erteilt wird und ich während dieses Zeitraumes die Voraussetzungen für die Erteilung einer Approbation nach § 3 BÄO / § 2 ZHG herzustellen habe.

Ich bin informiert, dass der Antrag nach § 10 BÄO / § 13 ZHG 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 berechtigt bin, den ärztlichen Beruf / die Zahnheilkunde auszuüben. Mir ist bekannt, dass eine unerlaubte Ausübung der Heilkunde nach § 5 des Heilpraktikergesetzes (BGBl III 2122-2) in der derzeit gültigen Fassung / der Zahnheilkunde nach § 18 ZHG mit Strafe bedroht ist.

Ich bin ferner darüber informiert, dass ein Anspruch auf eine vollständige Weiterbildung im Rahmen des § 10 BÄO nicht besteht, eine begonnene Weiterbildung zügig fortgesetzt werden muss und ein Fachrichtungswechsel nur im Ausnahmefall gestattet ist.

Die Führung eines im Ausland erworbenen akademischen Grades richtet sich nach Art. 68 des Bayerischen Hochschulgesetzes (BayHSchG; BayRS 2210-1-1-WFK). **Eine Umwandlung in entsprechende deutsche Grade findet nicht statt.** Ich werde ggf. Auskünfte hierüber beim Bayer. Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Salvatorplatz 2, 80327 München einholen. Mir ist bekannt, dass ich die Berechtigung zur Führung eines ausländischen akademischen Grades der zuständigen Behörde auf Verlangen urkundlich nachzuweisen habe und dass die unzulässige Führung nach § 132a des Strafgesetzbuches (StGB) mit Strafe bedroht ist.

Ort, Datum	Unterschrift

## Bitte beachten!

Diesem Antrag sind, soweit nicht bereits vorgelegt, **folgende Unterlagen im Original** oder als **beglaubigte Ablichtung** beizufügen. Sofern diese Nachweise nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, ist **daneben** auch eine von einem (in Deutschland) gerichtlich vereidigten Dolmetscher beglaubigte Übersetzung vorzulegen (dem Übersetzer müssen die in ausländischer Sprache abgefassten Ursprungstexte als Originale vorgelegt haben; dies muss auf der Übersetzung bestätigt werden). Sind Urkunden in einem Nicht-EU-Mitgliedsstaat ausgestellt worden, ist die Übersetzung durch die deutsche Auslandsvertretung im Heimatland zu beglaubigen (Überbeglaubigung). Werden die Unterlagen persönlich abgegeben, erübrigt sich die Anfertigung amtlich beglaubigter Kopien, wenn Originale **und** unbeglaubigte Kopien vorgelegt werden.

- a) Lebenslauf
- b) Nachweis über die abgeschlossene ärztliche / zahnärztliche Ausbildung (z. B. Diplom und Nachweis über vorgeschriebene praktische Tätigkeiten -Internatur, Ordinatur, Residentur-, Prüfungszeugnisse, Sammelzeugnisse, Facharztanerkennungen)
- c) Unbedenklichkeitsbescheinigung der zuständigen Behörde des Landes, in dem zur Zeit oder zuletzt der Beruf ausgeübt wird / wurde (certificate of good standing)
- d) Zeugnisse über die bisherigen ärztlichen / zahnärztlichen Tätigkeiten, Arbeitsbuch o. ä., sofern vorhanden
- e) Bescheinigung des zukünftigen Arbeitgebers über die Anstellungsmöglichkeit
- f) Aktueller Nachweis über Straffreiheit:
  - Amtliches Führungszeugnis der Belegart „0“ (zu beantragen bei der Meldebehörde. Bitte mit dem Verwendungszweck: „Ärztliche / Zahnärztliche Berufserlaubnis, Sachgebiet 55.2“ unmittelbar an die Regierung der Oberpfalz, 93039 Regensburg, senden lassen) **oder**
  - Auskunft aus dem Strafregister des Herkunftslandes / Bescheinigung des Herkunftslandes, dass kein Strafverfahren anhängig ist
- g) ärztliches Gesundheitszeugnis (vom Arzt Ihres Vertrauens, aus dem hervorgeht, ob Sie insbesondere frei von ansteckenden Krankheiten und Suchtkrankheiten und zur ordnungsgemäßen Ausübung des Arztberufes / der Zahnheilkunde in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer Hinsicht fähig sind)
- h) von **ausländischen** Antragstellern ein **Nachweis über die vollständige Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift** (z. B. Bescheinigung eines anerkannten Sprachinstitutes auf Niveau **B 2** des europäischen Referenzrahmens). Teilnahmebescheinigungen an Deutschkursen sind allein **nicht** ausreichend.
- i) Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch
- j) Nachweise bei Namensänderungen (z. B. Heiratsurkunde, Bescheinigung über Namensänderung)
- k) Nachweis über den Aufenthaltstitel (z. B. Passkopie, Personalausweiskopie)
- l) Kopie der zuletzt erteilten Erlaubnis nach § 10 BÄO / § 13 ZHG
- m) bei Ärzten / Zahnärzten aus Entwicklungsländern (Gastärzten):
  - Bescheinigung der für das Gesundheitswesen des Heimatlandes zuständigen Behörde, dass dort Facharztmangel in dem betreffenden Fachgebiet herrscht und daher Interesse an der Weiterbildung besteht, die Weiterbildung in diesem Fachgebiet im Heimatland nicht möglich ist und eine in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführte Weiterbildung im Heimatland anerkannt wird
  - Nachweis eines die Lebenshaltungskosten sicher deckenden Stipendiums (z. B. WHO, DAAD)
  - Eine Versicherung, wonach Sie sich verpflichten, nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme in Ihr Heimatland zurückzukehren
- n) **bei Zahnärzten:** Nachweis der Fachkunde / Sachkunde im Strahlenschutz