



Landesamt für Soziales,
Jugend und Versorgung
– Referat 53.1 –
Baedekerstraße 2-20
56073 Koblenz

Antrag auf Erteilung der Approbation als Ärztin oder Arzt (Ärztliche Prüfung in Rheinland-Pfalz)

Name, Vorname(n)

Telefon, ggf. Telefax

E-Mail-Adresse

Datum

Ich beantrage die Approbation und füge folgende Unterlagen bei:

1. meinen lückenlosen kurzgefassten Lebenslauf (unterschrieben!),
2. meine Geburtsurkunde bzw. Auszug aus dem Familienbuch **meiner** Eltern (Kopie),
3. meine Heiratsurkunde oder einen Auszug aus dem für **meine** Ehe geführten Familienbuch, wenn vorhanden eine Namensänderungsurkunde (Kopie),
4. meinen Identitätsnachweis in Kopie (Personalausweis oder Reisepass),
5. eine ärztliche Bescheinigung, die nicht früher als **einen Monat vor der Vorlage** ausgestellt ist, wonach ich in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Arztberufs geeignet bin (Vordruck),
6. das Zeugnis über die Ärztliche Prüfung (Kopie, kann nachgereicht werden),
7. **(ggf.)** meine Promotions- bzw. Nostrifikationsurkunde (Kopie). Die nachträgliche Aufnahme eines akademischen Grades in die Approbationsurkunde ist ausgeschlossen.
8. **Ein amtliches Führungszeugnis Belegart O* – zur Vorlage bei einer Behörde –** unter Angabe des Verwendungszwecks: **Approbation als Ärztin oder Arzt**, das **nicht früher als einen Monat vor der Vorlage** ausgestellt ist, habe ich beantragt. Es wird **dem Landesamt direkt** übersandt.

* Aufgrund der zurzeit langen Bearbeitungsdauer der Erstellung des Führungszeugnisses wird dringend empfohlen, dieses bereits zu beantragen, bevor Sie den Antrag auf Erteilung der Approbation stellen.

9. **Erklärung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gegen mich ist

kein **ein**

gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren bei

anhängig.

Urkunde bitte an folgende inländische Adresse senden

(Genaue Anschrift in Blockschrift):

Unterschrift

Name der Ärztin/des Arztes

Datum

Anschrift der Ärztin/des Arztes

Tel. Nr. der Ärztin/des Arztes

Ärztliche Bescheinigung

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Frau/Herr

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

Ärztin/Arzt

Apothekerin/Apotheker

Zahnärztin/Zahnarzt

Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut

**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut**

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde weder von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten des Antragstellers noch von einer Ärztin/einem Arzt, der in der Praxis eines seiner Familienangehörigen arbeitet, durchgeführt.

Stempel der Ärztin/des Arztes
oder des Krankenhauses

Unterschrift der Ärztin/des Arztes