

Versicherungen zum Antrag (Ausbildung EU / Schweiz)



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G1
AHB@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Versicherungen zu meinem Antrag auf Erteilung

der Approbation von

Name

Vorname

als

Ärztin bzw. Arzt

Zahnärztin bzw. Zahnarzt

Apothekerin bzw. Apotheker

Hiermit versichere ich, dass

- ich in keinem anderen Bundesland die Approbation bzw. eine Berufserlaubnis beantragt habe.
- ich die Approbation und/oder eine Berufserlaubnis im folgenden Bundesland bzw. in folgenden Bundesländern Deutschlands beantragt habe:

und/oder im Besitz einer Berufserlaubnis im folgenden Bundesland bzw. in folgenden Bundesländern Deutschlands bin oder war:

- gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtsverfahren anhängig ist.
- ich an dem **Fachsprachtest** auf dem Niveau C1 GER entsprechend der terminlichen Ladung teilnehmen und mich verbindlich dazu anmelden werde.

Ärztinnen und Ärzte: direkte Anmeldung bei der Landesärztekammer Brandenburg
(Vordruck unter: www.laekb.de » Arzt » Qualifikationen » Fachsprachtests)

Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Apothekerinnen und Apotheker:
(Anmeldevordruck verwenden. Zu finden bei „Weitere Informationen zum Download“ unter:
<https://lavg.brandenburg.de/lavg/de/gesundheit/akademische-heilberufe/anerkennung-auslaendischer-ausbildung/>)

Ort, Datum

.....
eigenhändige Unterschrift

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.

Stand: September 2022