

Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe

Versicherungen zu meinem Antrag auf Erteilung

- der **Approbation**
und
- einer **befristeten und beschränkten Berufserlaubnis**
als
- Ärztin bzw. Arzt**
 - Zahnärztin bzw. Zahnarzt**
 - Apothekerin bzw. Apotheker**

Hiermit versichere ich, dass

1. ich in keinem anderen Bundesland die Approbation bzw. eine Berufserlaubnis beantragt habe.
2. 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:

.....

3. gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtsverfahren anhängig ist.
4. 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)

- 5.1 ich die für den Vergleich noch fehlenden personalisierten Unterlagen über meine Ausbildung (u. a. Studienplan) und Berufserfahrung innerhalb von 3 Monaten vollständig und in der geforderten Form

vorlegen werde

oder

- 5.2 ich die erforderlichen Unterlagen über meine Ausbildung und berufliche Tätigkeit nicht bzw. nicht vollständig beibringen kann.

Der Grund hierfür ist:

.....
.....

Ich nehme deshalb an der **Kenntnisprüfung** teil und werde mich verbindlich dazu anmelden.

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

Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Apothekerinnen und Apotheker:
(Anmeldevordruck verwenden)

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift