

Versicherungen zum Antrag (Ausbildung Drittland)



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 und**
 einer **befristeten und beschränkten Berufserlaubnis**

Name

Vorname

- 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 Berufungsgerichtsverfahren 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. Zu finden auf der Internetseite des LAVG.)

5.1 ich die für den **Ausbildungsvergleich (Gutachten)** noch fehlenden personalisierten Unterlagen über meine Ausbildung (u.a. Studienplan) und Berufserfahrung innerhalb von 3 Monaten vollständig und in der geforderten Form vorlegen werde (Kosten für Gutachten: 1.773 Euro) 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
(Höhe Prüfungsgebühr siehe Internetseite der jeweiligen Berufskammer).

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. Zu finden auf der [Internetseite des LAVG.](#))

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