Antrag auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt

APP

Landesamt für Gesundheit und Soziales
- Landesprüfungsamt -
IV A 113/ IV A114
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Approbation als Ärztin/Arzt.

Familienname:	
Namenszusatz	
Vornamen:	
Rufname:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Staatsangehörigkeit:	
Länderkennzeichen:	
Telefon:	
E-Mail-Adresse:	
Straße und Hausnummer:	
Adresszusatz:	
Postleitzahl:	
Ort:	

☐ **Folgende Unterlagen (im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie sowie für fremdsprachige Urkunden jeweils zusätzlich beglaubigte Übersetzungen) sind beigefügt bzw. übergebe ich persönlich oder übersende ich umgehend auf dem Postweg:**

1. Tabellarischer Lebenslauf
2. Namensänderungsurkunde, falls sich der Name seit Ausstellung des Zeugnisses über die Ärztliche Prüfung geändert hat
3. Identitätsnachweis (**beglaubigte** Fotokopie Personalausweis oder Pass)
4. Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (amtliches Führungszeugnis)
5. Erklärung darüber, ob ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches bzw. berufsrechtliches Ermittlungsverfahren anhängig ist
6. Ärztliche Bescheinigung, in der die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs als Ärztin/ Arzt bestätigt wird
7. Promotionsurkunde

Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr:

Bei Auswahl Lastschrifteinzug:
Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen

Name des Kreditinstituts:
IBAN:
BIC:
Name des Kontoinhabers:

Unterschrift des Kontoinhabers entfällt, da Online-Anmeldung
Datum:

Sie haben Ihren Online-Antrag nur dann erfolgreich gestellt, wenn Sie eine Bestätigung per Email erhalten.

Den Anhang dieser Email reichen Sie bitte unterschrieben mit Ihren Unterlagen ein!