|  |  |
| --- | --- |
| Name  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße, Hausnummer  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Telefon  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl und Ort  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mailadresse  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Bezirksregierung Arnsberg**

**Dezernat 24 - Approbationen**

**Seibertzstraße 1**

**59821 Arnsberg**

Gebührenpflichtiger

**Antrag**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Approbation als (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

Zahnärztin oder Zahnarzt gemäß § 13 ZHG

Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 4 PsychThG

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsycho-therapeut gemäß § 4 PsychThG

|  |  |
| --- | --- |
| Ort der letzten Prüfung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Erklärung über die Straffreiheit**

Hiermit erkläre ich, dass ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich nicht anhängig ist, und keine berufs- bzw. disziplinar- rechtlichen Maßnahmen getroffen oder eingeleitet worden sind.

**Erklärung zum Datenschutz**

Ich habe die Datenschutzbestimmungen auf der Internetseite der Bezirksregierung Arnsberg (<https://www.bra.nrw.de/4150077>) gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum** **Unterschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Name  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße, Hausnummer  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Telefon  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl und Ort  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mailadresse  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Ärztliche Bescheinigung**

zum Antrag auf Erteilung der Approbation als (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

Zahnärztin oder Zahnarzt gemäß § 13 ZHG

Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 4 PsychThG

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsycho-therapeut gemäß § 4 PsychThG

**Name, Vorname:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nach eingehender Untersuchung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o. g. Berufes ungeeig-net ist.

**(Ort, Datum)**  (**Unterschrift u. Arztstempel**)