

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl und Ort	E-Mailadresse

**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 § 2 ZHG
- ☐ Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 2 PsychThG alter Fassung
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gemäß § 2 PsychThG alter Fassung
- ☐ Psychotherapeut/Psychotherapeutin nach § 10 PsychThG neuer Fassung mit anwendungsorientierter Parcoursprüfung

Ort der letzten Prüfung	
-------------------------	--

Erklärung über die Straffreiheit

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

Erklärung zum Datenschutz

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz auf der Internetseite der Bezirksregierung Arnsberg (<https://www.bra.nrw.de/umwelt-gesundheit-arbeitsschutz/gesundheits-und-pflege/approbationen-fuer-humanmedizinische-berufe>) gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift