

# Antrag

## auf Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs gemäß § 10 der Bundesärzteordnung in der derzeit gültigen Fassung

Genauere Bezeichnung der Klinik oder Praxis
---

### 1. Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname		geboren am	
Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
derzeitige Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort)		Telefon	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden seit
Vorname des Ehegatten		Staatsangehörigkeit	Beruf
falls abweichend bitte derzeitige Anschrift angeben			
Anzahl der Kinder	Geburtsdaten	Staatsangehörigkeit	
im Bundesgebiet wohnhaft seit	unanfechtbare Anerkennung als Asylberechtigte/r nach Art. 16 a Grundgesetz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom	
Niederlassungserlaubnis nach § 23 Abs. 2 AufenthG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind Sie gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ist derzeit ein Verfahren gegen Sie anhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	

### 2. Ausbildungsgang

Studium der Medizin (von/bis)	in (Universität)
-------------------------------	------------------

### Nur von Bewerbern/Bewerberinnen auszufüllen, die im Bundesgebiet studiert haben

ärztl. Prüfung abgelegt am	in
Promotion am	in
Tätigkeit als Arzt im Praktikum (von/bis)	

### Nur auszufüllen von Bewerbern/Bewerberinnen, die im Ausland studiert haben

ärztl. Schlussprüfung abgelegt am	in			
Haben Sie nach dem Recht Ihrer Heimat Ihre ärztliche Ausbildung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Beherrschen Sie die deutsche Sprache in Wort und Schrift vollständig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Weiterbildung nicht <input type="checkbox"/> beabsichtigt	<input type="checkbox"/> beabsichtigt	bereits begonnen am	<input type="checkbox"/> bereits erhalten	(voraussichtlicher) Abschluss
Fachgebiet				

### 3. Angaben über die ärztliche Tätigkeit

im Bundesgebiet ärztl. tätig seit	zuletzt tätig bei	
hierfür wurde die Erlaubnis erteilt von	gültig bis	Dienststellung
Können Sie auf Grund Ihrer Ausbildung in Ihrem Heimatland den ärztlichen Beruf ausüben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil		
Zu welchem Zweck wollen Sie in Bayern den ärztlichen Beruf ausüben (z. B. Praktikum, Facharztausbildung)?		
Wie lange soll die vorübergehende Ausübung des ärztlichen Berufs in der Bundesrepublik dauern? (Vgl. umstehende Erklärung!)		

1 1/2facher Zeilenabstand

## Erklärung

Ich versichere, dass die umseitig stehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass die beantragte Erlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung nur in stets widerruflicher Weise und nur für eine vorübergehende Tätigkeit in abhängiger Stellung erteilt werden kann. Sie ist nicht auf eine andere Krankenanstalt oder Praxis übertragbar. Ich bin ebenfalls darüber informiert, dass ein Anspruch auf eine vollständige Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland nicht besteht, eine begonnene Weiterbildung zügig fortgesetzt werden muss und ein Fachwechsel nur im Ausnahmefall (z. B. gesundheitliche Gründe) gestattet ist.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

## Hinweise

### Folgendes ist unbedingt zu beachten:

1. Dieser Antrag ist mit Schreibmaschine oder deutlicher Druckschrift auszufüllen.
2. Name und Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers sind in amtlicher Schreibweise (vgl. Reisepass, Personalausweis) einzutragen, den Rufnamen bitte unterstreichen.
3. Ob oder wie ein ausländischer akademischer Grad (Doktor-Titel) geführt werden darf, kann bei dem zuständigen Kultusministerium erfragt werden.

### Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Kurzer tabellarischer Lebenslauf
2. Der Nachweis über die abgeschlossene ärztliche Ausbildung (z. B. Diplom und Nachweis über vorgeschriebene praktische Tätigkeiten, "Internatur, Ordinatur") in notariell beglaubigter Kopie oder notariell beglaubigter Abschrift in Originalsprache.  
Sofern dieser Nachweis nicht in deutscher oder lateinischer Sprache ausgestellt ist, muss daneben eine von einem gerichtlich vereidigten Dolmetscher beglaubigte Übersetzung vorgelegt werden.
3. Zeugnisse über die bisherige ärztliche Tätigkeit, sofern vorhanden (z. B. "Arbeitsbuch").
4. Bescheinigung des zukünftigen Arbeitgebers über die Anstellungsmöglichkeit und gegebenenfalls Begründung.
5. Falls die Antragstellerin/der Antragsteller bereits seit 4 Jahren im Bundesgebiet tätig ist und den Abschluss einer Weiterbildung anstrebt, muss dem Antrag eine Bescheinigung der Bayerischen Landesärztekammer beigelegt werden, aus der sich ergibt, wann mit dem Abschluss der Weiterbildung gerechnet werden kann.
6. Falls der Ehegatte die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, ist eine beglaubigte Kopie aus dem Familienbuch beizufügen.
7. Falls Einbürgerung beantragt wurde, muss eine beglaubigte Kopie einer Einbürgerungszusicherung bzw. Einbürgerungsurkunde vorgelegt werden.
8. Bei unanfechtbarer Anerkennung als Asylberechtigte/r, Anerkennung der deutschen Volkszugehörigkeit oder bei Niederlassungserlaubnis nach § 23 Abs. 2 AufenthG ist ebenfalls ein beglaubigter Nachweis beizufügen.
9. Nachweis über Straffreiheit (Polizeiliches Führungszeugnis), bitte bei Anforderung "zur Vorlage bei einer Behörde" und bitte senden an SG 53.1 oder § 10 BÄO.
10. Ärztliches Gesundheitszeugnis (physische und psychische Eignung zur Ausübung des Arztberufes)
11. Falls der Lebensunterhalt aus einem Stipendienfond etc. bestritten wird, ist hierüber der Nachweis in beglaubigter Kopie beizugeben.
12. Nachweis über ausreichende Deutschkenntnisse (z. B. erfolgreicher Besuch eines Sprachkurses entspr. "B2" oder Mittelstufenniveau des Goetheinstituts).
13. Falls die Erlaubnis unter entwicklungspolitischen Gesichtspunkten erteilt werden soll:  
Bestätigung der obersten Gesundheitsbehörde des Heimatlandes, dass die Weiter-/Fortbildung im gesundheitspolitischen Interesse des Heimatlandes erfolgt und Selbsterklärung, dass der Antragsteller nach Abschluss der Weiterbildung ins Heimatland zurückkehrt.

┌

└

Bitte einreichen bei ▼

Regierung von Mittelfranken  
Sachgebiet 53.1  
Postfach 6 06  
91511 Ansbach

L

J