



Der Antrag ist mit deutlicher Druckschrift auszufüllen!
Name und Vorname/Geburtsname der/s Antragsteller/in
sind in amtlicher Schreibweise (Transliteration nach ISO-Norm 9)
anzugeben.

An das Hessisches Landesamt für
Gesundheit und Pflege
Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

Wird vom HLPUG ausgefüllt!

Eingang am:

Ph3 -

Ausbildungsland:

Antrag

auf Erteilung der Approbation als Apothekerin/Apotheker
gem. § 4 Bundes-Apothekerordnung (BApO) und Erlaubnis gem. § 11 BApO

I. Persönliche Angaben der/des Antragstellerin/s

Nachname	
Anrede	☐ Frau ☐ Herr ☐ ohne
Familienstand Geburtsname (sofern durch Heirat/Namensänderung geändert)	☐ ledig ☐ verheiratet/geschieden
Vorname/n	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthalt in Deutschland seit	
Derzeitige Postanschrift in Deutschland	
Mailadresse Telefonnummer/n	
Ausbildungsland	

II. Erklärung zum Antrag

Ich habe in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis gestellt: ☐ nein ☐ ja, am _____ in _____

Ich habe eine/n Bewertung meiner Ausbildung/Feststellungbescheid: ☐ nein ☐ ja, bitte die Bewertung/den Feststellungbescheid beifügen.

Ich habe an der Kenntnisprüfung teilgenommen: ☐ nein ☐ ja, bitte angeben, in welchem Bundesland: _____

Ich erkläre, dass ich die Länder, in denen ich bisher meinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, nicht im Zusammenhang mit strafrechtlichen oder berufsbeschränkenden Maßnahmen verlassen habe.

Ein gerichtliches Strafverfahren/ Ermittlungsverfahren/berufsgewichtliches Verfahren gegen

☐ mich liegt nicht vor

☐ liegt vor wegen _____

☐ im Ausland ☐ in der Bundesrepublik Deutschland.

Mir ist bekannt, dass erst bei Vollständigkeit der Unterlagen eine Bearbeitung/Entscheidung durch das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) möglich ist.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in mehreren Teilbeträgen erhoben. Die erste Gebührenfestsetzung erfolgt in der Regel mit dem Bescheid über das vollständige Vorliegen der erforderlichen Unterlagen.

Die Zustellung der Approbation erfolgt per Postzustellungsurkunde. Der Versand erfolgt nur an eine inländische Anschrift. Die Urkunde kann auch persönlich abgeholt werden (hierfür ist eine verbindliche Terminvereinbarung notwendig).

III. Antrag auf Berufserlaubnis

☐ Ich beantrage außerdem eine Berufserlaubnis gem. § 11 BApO, Anlage 2 ist beigelegt

IV. Vollmacht

☐ Ich möchte mich im Antragsverfahren durch eine andere Person vertreten lassen, Anlage 5 ist beigelegt.

IV. Die Anlagen 1 bis 4 sind Bestandteil des Antrags.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

Anlage 1

Beigefügte Unterlagen sind angekreuzt (die amtlichen deutschen Übersetzungen sind mit angehängter Kopie des übersetzten Dokuments und einer einfachen Kopie der Übersetzung mit Anhang für die Unterlagen, die nicht in deutscher/englischer Sprache abgefasst sind, einzureichen. Bitte beachten Sie: Übersetzungen müssen in Deutschland angefertigt worden sein – www.justiz-dolmetscher.de -):

Anträge auf Approbation und Berufserlaubnis, im Original mit amtlicher deutscher Übersetzung:

- ☐ Diplom als Apothekerin/Apotheker
- ☐ Fächerliste mit Angabe der Einzelnoten
- ☐ Ggf. Bescheinigung über den vollständigen Abschluss der Ausbildung
(z.B. Internatur, Ordinatur, Residentur, Fachpraktische Ausbildung)
- ☐ Ggf. Bescheinigung über die Berechtigung zur Berufsausübung im Herkunftsstaat (Lizenz, etc.)

Wurde ein Approbationsverfahren bereits bei einer anderen Behörde durchgeführt:

- ☐ Bewertung der Ausbildung/Feststellungsbescheid
- ☐ Protokoll/e der Kenntnisprüfung
- ☐ Rücknahmebescheid

Persönliche Unterlagen, bitte nur im Original:

- ☐ Antrag auf Approbation und Antrag auf Berufserlaubnis (Anlage 2)
- ☐ Ärztliche Bescheinigung, ausgestellt von einer/m niedergelassenen Allgemeinmediziner/in, Anlage 3 – der Unterzeichner muss namentlich im Praxisstempel erkennbar sein.
- ☐ Aktueller Lebenslauf, chronologisch (von Grundschule bis aktuell), vollständig (ohne Lücken), und persönlich unterschrieben
- ☐ Certificate of good standing, berufsständisches Führungszeugnis
- ☐ Polizeiliches Führungszeugnis/Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land des letzten (gewöhnlichen) Aufenthaltes vor Einreise nach Deutschland
- ☐ Führungszeugnis für Behörden (M7105), Typ „O“ habe ich bei meinem/r Bürgeramt/ Meldebehörde am _____ beantragt
- ☐ ggf. Vollmacht (Anlage 4)
- ☐ aktuelle formlose Meldebescheinigung (nur, wenn ausdrücklich angefordert)

Persönliche Unterlagen mindestens als amtlich beglaubigte Kopie:

- ☐ Geburtsurkunde
- ☐ Heiratsurkunde/Namensänderungsurkunde, soweit sich der Familienname geändert hat
- ☐ Personalausweis oder Reisepass oder Flüchtlingsausweis, Seite 1 mit den Personalien
- ☐ GER-B2 Zertifikat des Goethe-Instituts oder der telc GmbH
- ☐ Fachsprachenzertifikat C1 Pharmazie von der Landesapothekerkammer Hessen

Anlage 2

An das
Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt am Main



Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

die **Erteilung einer Berufserlaubnis** gem. § 11 Bundes-Apothekerordnung (BApO) zur vorübergehenden Ausübung des Berufs als Apothekerin/Apothekers.

Mir ist bekannt, dass ich derzeit nur eine eingeschränkte Berufserlaubnis erhalten kann. Pharmazeutische Tätigkeiten darf ich nur **unter ständiger Aufsicht und in ständiger Anwesenheit von approbierten Apothekerinnen und Apothekern** ausüben.
Die Aufsicht und Anwesenheit gilt auch für alle Nacht-, Notfall- und Bereitschaftsdienste.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gem. § 11 BApO gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in der Regel mit der Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der Berufserlaubnis erhoben.
Die Zustellung der Berufserlaubnis erfolgt per Einschreiben-Einwurf. Der Versand erfolgt nur an eine Postanschrift in Deutschland.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

Bescheinigung des zukünftigen Arbeitgebers

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr _____
entsprechend der oben genannten Einschränkungen hier ab _____
tätig werden soll.

Unterschrift des/r Personalleiters/in bzw. Inhabers/in

Stempel der Apotheke

(und zusätzlich in Druckbuchstaben)

Anlage 3

Die Untersuchung ist von einer/m in Deutschland niedergelassenen
Ärztin/Arzt vorzunehmen.
Der Unterzeichner muss namentlich aus dem Praxisstempel
hervorgehen!

Bitte zurücksenden an/einreichen bei:

Hessisches Landesamt für Gesundheit
und Pflege
Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage
beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im
Gesundheitswesen**

Hiermit bescheinige ich, dass bei Herrn/Frau

Nachname, Vorname

geb. am _____ in _____

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er/sie wegen eines körperlichen
Gebrechens oder wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte
oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als Apothekerin / Apothekers
unfähig oder ungeeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel / Arztunterschrift

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in
Druckbuchstaben

Anlage 4 – Vollmacht

Zutreffendes bitte ankreuzen – ggf. nichtzutreffendes streichen

Ich möchte mich im Antragsverfahren durch eine andere Person vertreten lassen und bevollmächtigte daher

☐ **meinen (zukünftigen) Arbeitgeber**

☐ **folgende Person**

Vor- und Nachname: ☐ Frau ☐ Herr _____

Anschrift: _____

Ggf. E-Mail-Adresse: _____

ggf. Telefonnummer: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das HLfGP o.g. Person

auf dessen Anfrage folgende Auskünfte/Informationen ☐ telefonisch ☐ per Mail geben darf:

☐ Bestätigung des Antrag-Eingangs

☐ Stand des Berufserlaubnisverfahren
(auch Angabe zu fehlenden Unterlagen, ggf. Ablehnungsgründe)

☐ Stand des Approbationsverfahren
(auch Angabe zu fehlenden Unterlagen, ggf. Ablehnungsgründe)

☐ Die Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis soll an meinen Bevollmächtigten übersandt werden.

☐ Die Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der Approbation soll an meinen Bevollmächtigten übersandt werden.

Mir ist bekannt, dass anderen Personen (auch Ehepartnern/eingetragener Lebenspartner/) über mich nur Auskünfte erteilt werden (telefonisch und schriftlich), soweit dem HLfGP eine Vollmacht in schriftlicher Form sowie eine amtlich beglaubigte Fotokopie des Personalausweises/Reisepasses des Bevollmächtigten vorliegt.

Die Vollmacht gilt ab untenstehendem Datum bis diese meinerseits gegenüber des HLfGP ganz oder teilweise widerrufen wird. Hierzu ist eine entsprechende **schriftliche** Erklärung per Post notwendig.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift