

Antrag auf Erteilung der Approbation

Ausbildung in der Europäischen Union (EU)

BQFG

Landesamt für Gesundheit und Soziales
IV A 2
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation als

Ärztin / Arzt

Zahnärztin / Zahnarzt

Apothekerin / Apotheker

Tierärztin / Tierarzt

Psychotherapeutin / Psychotherapeut

Familienname

Namenszusätze (Dr., van, de usw.)

Vornamen

Geburtsdatum

Straße/Platz Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Ich erkläre, dass

ich in keinem anderen Bundesland die Approbation beantragt habe,

ich bisher nicht an einer Eignungsprüfung oder einem Anpassungslehrgang teilgenommen habe,

ich an einer Eignungsprüfung oder einem Anpassungslehrgang

im Bundesland

teilgenommen habe,

gegen mich ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches und/oder berufsrechtliches Ermittlungsverfahren

nicht anhängig ist,

abhängig ist. Aktenzeichen:

bei:

Die Erteilung der Approbation ist gebührenpflichtig. Über die Höhe der Gebühr erhalte ich einen gesonderten Bescheid.

Hinweis für Psychotherapeut/Innen:

Ich bin darüber informiert, dass zur Prüfung einer Referenzqualifikation und der Gleichwertigkeit der Ausbildung regelmäßig die Gutachterstelle für Gesundheitsberufe (GfG) beauftragt wird. Die Kosten in Höhe von 417,00 € sowie 1.773,00 € sind zusätzlich zu der Bearbeitungsgebühr von mir zu bezahlen.

Bei Antragstellung aus dem Ausland erfolgt die Bearbeitung erst nach Eingang der Gebühr.

Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr

durch Überweisung

durch Lastschriftinzug

Ich ermächtige hiermit das LAGeSo,
diese Gebühr von meinem nachstehend
genannten Konto abzubuchen.

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

Unterschrift des Kontoinhabers

Ich bestätige die Kenntnisnahme der folgenden Datenschutzerklärung:

Datenschutzerklärung

Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Die Daten werden elektronisch und/oder in Papierform gespeichert. Die jeweils zuständige Heilberufekammer (Ärztekammer, Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Tierärztekammer, Psychotherapeutenkammer) erhält bei Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis oder bei Verzicht eine Information. Die Datenschutzerklärung des Referates IV A (Berufe im Gesundheitswesen/Landesprüfungsamt) des LAGeSo beruht auf den Begrifflichkeiten, die durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber beim Erlass der Datenschutz-Grundverordnung verwendet wurden.

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

LAGeSo/Landesprüfungsamt Berlin
Referat IV A
Anschrift: Turmstraße 21, 10559 Berlin

2. Name und Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

ZSL DSB
Tel.: 030-90229-1209
Mail: Datenschutz@lageso.berlin.de

3. Rechte der betroffenen Person (Auskunft, Berichtigung, Löschung)

Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über die zu ihrer Person verarbeiteten Daten.
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung.
- Das Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.
- Das Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen.

4. Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. e Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) i.V.m. dem Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten bzw. der Vernichtung der Akten orientiert sich an den verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten. In Angelegenheiten der Berufszulassungsregelungen (Approbation, Berufserlaubnis) beträgt die Aufbewahrungszeit 80 Jahre. Die Weitergabe der Informationen an die Kammern erfolgt auf der Grundlage von § 19 Abs. 5 Berliner Heilberufekammergesetz in der jeweils gültigen Fassung.

Ort, Datum

.....
(eigenhändige) Unterschrift