

Familienname <small>(Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)</small>	Geburtsname <small>(falls abweichend vom Familienname)</small>
Vorname <small>(Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)</small>	
Geburtsort	Geburtsdatum
Wohnort im Herkunftsland	Straße
Gegenwärtiger Wohnort mit PLZ	Straße
Telefon	
E-Mail	

An das  
**Landesamt für Soziales (LAS)**  
**- Zentralstelle für Gesundheitsberufe –**  
**Landesprüfungsamt**  
**Hochstraße 67**  
**66115 Saarbrücken**

Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 Bundesärzteordnung (BÄO)

Anlagen:

Hiermit beantrage ich die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 BÄO im Saarland.

Meinem Antrag füge ich die in Ihrem Merkblatt aufgeführten Nachweise und Erklärungen vollständig und in der Reihenfolge der Ziffern bei.

Die geplante ärztliche Tätigkeit soll in folgendem Rahmen erfolgen:

- Tätigkeitsstelle: \_\_\_\_\_
- Geplanter Beginn, geplante Dauer der Tätigkeit: \_\_\_\_\_
- Ziel, Beschreibung der Tätigkeit: \_\_\_\_\_
- Stand der Deutschkenntnisse: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich,

dass ich derzeit oder früher in folgenden Bundesländern einen Antrag auf ärztliche Berufserlaubnis oder Approbation gestellt habe:

---

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen)

Hiermit erkläre ich außerdem,

dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtverfahren anhängig ist.

dass gegen mich folgende gerichtliche Strafverfahren, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtsverfahren anhängig sind:

---

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Mir ist bekannt, dass die zuständige Behörde eine Berufserlaubnis nach § 10 BÄO nur vorübergehend und jederzeit widerruflich erteilen kann.

Ich versichere die Richtigkeit der voranstehenden Angaben und der von mir als Anlage vorgelegten Nachweise und Erklärungen.

---

(Ort)

---

(Datum)

---

(Unterschrift)