

## Antrag auf Erteilung der Approbation

Familienname <small>(Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)</small>	Geburtsname <small>(falls abweichend vom Familienname)</small>
Vorname/n <small>(alle Vornamen, Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)</small>	Namenszusätze
Geburtsort <small>(Schreibweise laut Geburtsurkunde)</small>	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Telefon	
E-Mail	

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

Ich beantrage die Erteilung der Approbation als

---

Bitte senden Sie die Urkunde an: \_\_\_\_\_

(Das Landesamt für Soziales versendet keine Urkunden ins Ausland.)

Meinem Antrag sind die in Ihrem Merkblatt aufgeführten Nachweise und Erklärungen vollständig und in der Reihenfolge der Ziffern beigefügt.

Hiermit erkläre ich,

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

---

(Bundesland, Ort, Name der Behörde, Aktenzeichen)

Hiermit erkläre ich,

\* dass ich in keinem anderen Bundesland einen Antrag auf eine ärztliche Berufserlaubnis oder Approbation gestellt habe.

(\* Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

## Antrag auf Erteilung der Approbation

Hiermit erkläre ich,

\*\* dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig war oder ist, und dass ich keine Kenntnis von gegen mich geführten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren habe.

\*\* dass gegen mich folgendes gerichtliche Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder berufsrechtliches Verfahren anhängig ist unter,

\_\_\_\_\_  
(Aktenzeichen)

\_\_\_\_\_  
(Ermittlungsbehörde)

(\*\* Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(eigenhändige Unterschrift)