

---

(Name) (Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse)

---

(Telefon)

**Bezirksregierung Düsseldorf  
-Dez 24/Approbation-  
Am Bonnhof 35  
40474 Düsseldorf**

## **Antrag**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit beantrage ich die Erteilung der **Approbation** als

- Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO).
- Zahnärztin/Zahnarzt gem. § 2 Zahnheilkundengesetz (ZHG).
- Apothekerin/Apotheker gem. § 4 Bundesapothekerordnung (BAPo).
- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut  
gem. § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG).
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeut gem. § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG).

## **Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht vorbestraft bin und dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und kein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet ist.

### **Hinweis zur Datenverarbeitung:**

*Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen Informationen zur Bearbeitung des Antrags erforderlich sind und hierfür gespeichert werden. Meine Angaben werden ggf. an die zuständige Kammer u. a. weitergegeben, soweit dies für die Antragsbearbeitung erforderlich ist. Meine hier erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen, bin mir aber bewusst, dass mein Antrag dann ggf. nicht oder nicht unter Berücksichtigung der dann fehlenden Angaben bearbeitet werden kann. Die weitergehenden Informationen zu meinen Rechten unter <http://www.brd.nrw.de/service/datenschutz.html> habe ich zur Kenntnis genommen.*

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)

---

(Name) (Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse) (Telefon)

**Bezirksregierung Düsseldorf  
-Dez 24/Approbation-  
Am Bonnhof 35  
40474 Düsseldorf**

**Ärztliche Bescheinigung**  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des

- ärztlichen
- zahnärztlichen
- pharmazeutischen
- psychotherapeutischen

Berufes ungeeignet ist.

---

(Ort und Datum) (Unterschrift)

