

APPROBATION

Ansprechpartnerin:

Frau Blumhagen
Telefon: (040) 42837-3782
E-Mail: nicole.blumhagen@soziales.hamburg.de

Landesprüfungsamt für Heilberufe

Hinweise zur Erteilung einer Approbation als Apotheker/in nach § 4 der Bundes-Apothekerordnung (BApO) - Ausbildung in Deutschland -

Die Approbation soll ab sofort [online](#) beantragt werden.

Für die Bearbeitung eines Approbationsantrages wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 170,00 € bis 340,00 € erhoben. Bei einem Wohnsitz im Ausland erfolgt die Antragsbearbeitung erst nach Eingang einer Gebührenvorauszahlung.

Hochzuladende Unterlagen:

- 1. Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (Vordruck 1)**
sofern der Antrag zur Erteilung der Approbation nicht online gestellt wird
- 2. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
- 3. Geburtsurkunde**
bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch
- 4. Identitätsnachweis**
bspw. Personalausweis, Reisepass, Reiseausweis
- 5. Amtliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG,**
das zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf

Hinweis: Ab sofort werden die von Ihnen zu beantragenden Führungszeugnisse vom Bundeszentralregister dem Landesprüfungsamt (LPA) digital zugestellt. Dazu ist es erforderlich, dass Sie bei der Beantragung im zuständigen Kundenzentrum (innerhalb HH) den Hinweis geben, dass Sie ein „**Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde**“ (**Belegart OB, gemäß § 30 Abs. 5 BZRG**) beantragen. Empfänger ist das Landesprüfungsamt Hamburg, Behördenkennzeichen **K6392Q**. Diese Angabe stellt sicher, dass Ihr Führungszeugnis dem LPA digital zugestellt wird.

Zur eindeutigen Zuordnung geben Sie bitte **als Verwendungszweck Ihren Beruf, z. B. „Pharmazie“ an.**

Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: [BfJ - Service-Center-Führungszeugnis \(bund.de\)](#)

- 6. Ärztliche Bescheinigung einer Ärztin / eines Arztes der Inneren- oder Allgemeinmedizin (Vordruck 2)**
die zum Zeitpunkt der Approbationserteilung nicht älter als drei Monate sein darf.

APPROBATION

Ärztliche Bescheinigungen, die von Familienangehörigen und Lebenspartnern ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.

7. **Zeugnis über die Pharmazeutische Prüfung** (soweit nicht bereits vorliegend)

Approbation

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Vordruck 1

Landesprüfungsamt für Heilberufe

G 1135

Postfach 760 106

22051 Hamburg

Antrag zur Erteilung der Approbation als Apotheker/in

Hiermit beantrage ich gemäß § 4 Bundes-Apothekerordnung die Erteilung der Approbation als Apotheker/in.

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	Frau O	Herr O
Name		
Vorname/n		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Straße / Nr.		
PLZ / Ort		
Staatsangehörigkeit		
Telefon-Nr. / E-Mail		

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die Approbation als Apotheker/in beantragt habe.
- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft bin.
- Ich kann die vorstehende/n Erklärung/en nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen für die Erteilung der Approbation eine Gebühr in Höhe von derzeit 170,00 bis 340,00 € (je nach Aufwand) zzgl. Porto per Gebührenbescheid erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Einschreiben/Rückschein an meine o. g. Anschrift gesandt.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe und eine Tätigkeit als Apotheker/in erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

Datum / Unterschrift

Approbation

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Vordruck 2

Landesprüfungsamt für Heilberufe

G 1135

Postfach 760 106

22051 Hamburg

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt der Allgemeinen oder Inneren Medizin

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Approbation als Apotheker/in

Frau / Herr _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass sie/er

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des Apothekers /der Apothekerin ungeeignet ist.

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des Apothekers /der Apothekerin ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

Ort, Datum

(Praxisstempel)

Unterschrift der Ärztin /des Arztes