

# HINWEISE

**Ansprechpartnerin:**

Frau Stephanie Lampert,  
Telefon: (040) 428 37 – 2141  
E-Mail: stephanie.lampert@soziales.hamburg.de

Landesprüfungsamt für Heilberufe  
Postfach 760 106, D-22051 Hamburg

**MERKBLATT****über die Erteilung einer Approbation als Zahnarzt/ Zahnarzt nach § 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG)  
- Ausbildung in Deutschland -**

Die Approbation kann ab sofort [online](#) beantragt werden. Amtliche Urkunden, die außerhalb von Deutschland erstellt worden sind, müssen durch eine Apostille oder Legalisation bestätigt sein. Information hierzu unter: [Konsularischer Service](#)

Ausländische Bescheinigungen sind mit beglaubigten Übersetzungen von staatlich vereidigten Übersetzern vorzulegen.

Für die Bearbeitung eines Approbationsantrages wird derzeit eine Verwaltungsgebühr von 135,00 € bis 275,00 € 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)**
- 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 der Belegart 0,**  
das zum Zeitpunkt der Antragstellung 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 0, 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. „Zahnmedizin“ an. Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: <https://www.fuehrungszeugnis.bund.de/>
- 6. Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2),**  
die zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein darf.  
Ärztliche Bescheinigungen von Familienangehörigen und Lebenspartnern werden nicht anerkannt.
- 7. Zeugnis über die zahnärztliche Prüfung**

**Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration**  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
G 11314  
Postfach 760 106  
22051 Hamburg

Vordruck 1

## Antrag zur Erteilung der Approbation als Zahnärztin/ Zahnarzt

Hiermit beantrage ich gemäß § 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde die Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt.

**Bitte vollständig und ggf. in Blockschrift ausfüllen!**

Anrede	
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 Zahnärztin/Zahnarzt 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 135,00 bis 275,00 € 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 die zahnärztliche Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde.

---

Datum / Unterschrift

**Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration**  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
G 11314  
Postfach 760 106  
22051 Hamburg

Vordruck 2

Bitte vollständig und ggf. in Blockschrift ausfüllen!

## Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Approbation als Zahnärztin/ Zahnarzt

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 der Zahnärztin/des Zahnarztes ungeeignet ist.

Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch akute oder chronische Erkrankungen (Infektionserkrankungen wie z. B. Hepatitis B und C) oder Suchterkrankungen vorliegen.

- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Zahnärztin/des Zahnarztes ungeeignet ist.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

(Praxisstempel)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Ärztin/Arztes