

Absender

Zurück an:

Thüringer Landesverwaltungsamt  
Referat 720  
Postfach 22 49  
99403 Weimar

## Antrag auf Erteilung der Approbation als Zahnarzt / Zahnärztin

### Antragsteller/-in

Herr ☐ Frau ☐

|                                                 |             |                  |             |
|-------------------------------------------------|-------------|------------------|-------------|
| Name                                            |             | Vorname          |             |
| <div></div>                                     |             | <div></div>      |             |
| Geburtsdatum                                    |             | Geburtsort       |             |
| <div></div>                                     |             | <div></div>      |             |
| Staatsangehörigkeit                             |             | Ausbildungsstaat |             |
| <div></div>                                     |             | <div></div>      |             |
| PLZ                                             | Wohnort     | Straße           | Nummer      |
| <div></div>                                     | <div></div> | <div></div>      | <div></div> |
| Telefon                                         |             | E-Mail           |             |
| <div></div>                                     |             | <div></div>      |             |
| Bevollmächtigter (durch Vollmacht nachgewiesen) |             |                  |             |
| <div></div>                                     |             |                  |             |

☐ Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation (bzw. Berufserlaubnis) als Zahnarzt /Zahnärztin

☐ Ich beabsichtige, in Thüringen als Zahnarzt / Zahnärztin zu arbeiten.

☐ Ich versichere, dass ich aktuell in keinem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation als Zahnarzt / Zahnärztin gestellt habe

Ich habe in der Vergangenheit in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis gestellt:

☐ nein

☐ ja in:

**Diesem Antrag habe ich beigelegt**

- |                                                                                                                                                              |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Lebenslauf                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 2. Identitätsnachweise                                                                                                                                       |                          |
| a) Reisepass oder Personalausweis                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| b) Geburtsurkunde                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| c) ggf. zusätzlicher Nachweis bei Namensänderung ( z. B. Eheurkunde)                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| 3. amtliches Führungszeugnis (bei Vorlage nicht älter als 1 Monat)                                                                                           |                          |
| - ist beigelegt                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| - ist beantragt und wird von der zuständigen Behörde direkt an das Thüringer Landesverwaltungsamt geschickt - Belegart O                                     | <input type="checkbox"/> |
| 4. Unbedenklichkeitsbescheinigung bzw. Certificate of Good Standing der bisher zuständigen Berufsorganisation (z.B. Zahnärztekammer) oder Gesundheitsbehörde | <input type="checkbox"/> |
| 5. ärztliche Gesundheitsbescheinigung (bei der Vorlage nicht älter als 1 Monat)                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 6. B2 - Sprachzertifikat (nach den Richtlinien des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen)                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zeugnis über die zahnärztliche Prüfung bzw. über den Abschluss der zahnärztlichen Ausbildung                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 8. - Konformitätsbescheinigung (bei EU-Abschluss)                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| - Liste der Studienfächer mit Angabe der Stundenzahl - Anlage zum Diplom (bei Abschluss außerhalb der EU)                                                    | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bescheinigung über die bisherige Berechtigung zur Berufsausübung als Zahnarzt / Zahnärztin (z.B. Arbeitslizenz, Berufserlaubnis bzw. Approbation)         | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nachweise der bisherigen zahnärztlichen Tätigkeit                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nachweis einer abgeschlossenen Spezialisierung (z.B. Facharzt)                                                                                           | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zusätzliche Erklärungen**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren gegen mich

☐ nicht anhängig ist

☐ anhängig ist

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

☐ Mir ist bekannt, dass alle eingereichten Unterlagen einschließlich der Übersetzungen zum Verbleib in Ihrer Behörde bestimmt sind. Ich habe keine Originalunterlagen eingereicht.

☐ Mir ist bekannt, dass die Bearbeitung dieses Antrags gebührenpflichtig ist und dass Gebühren auch anfallen können, wenn der Antrag abgelehnt oder vor der abschließenden Bearbeitung von mir zurückgenommen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis zum Datenschutz**

Die Angaben zur Person sind Voraussetzung für die Bearbeitung des Antrags. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten erfolgt ausschließlich im Zusammenhang mit der Überprüfung der Approbationsvoraussetzungen und der Erteilung der Approbation. Eine Weitergabe an andere öffentliche Stellen (z. B. Landesärztekammer) erfolgt nur, soweit es zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben dieser Stellen erforderlich ist.