

Name, Vorname (bitte alle Vornamen angeben)	ggf. Geburtsname
Anschrift (Straße, Hausnummer, ggf. wohnhaft bei)	PLZ, Wohnort
	Geburtsdatum, Geburtsort, Land
	Staatsangehörigkeit
	Familienstand
	Telefonnummer
	E-Mail

Apothekerkammer Niedersachsen
 Körperschaft des öffentlichen Rechts
 z. Hd. Frau Hafner
 An der Markuskirche 4
 30163 Hannover

Antrag auf Erteilung einer Approbation als Apothekerin/ Apotheker

Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes nach § 11 Bundes-Apothekerordnung (nur bei abgeschlossenem Studium außerhalb der EU)

Bitte beachten Sie!

Stellen Sie diesen Antrag bitte nur, wenn Sie Ihre Ausbildung im Herkunftsland vollständig abgeschlossen haben, bereits im Besitz eines B2-Zertifikates in Deutsch sind und nachweisen können, dass Sie den Apothekerberuf in Niedersachsen ausüben werden.

Bitte nutzen Sie für weitere Informationen den FAQ-Bereich auf unserer Website unter:
https://www.apothekerkammer-niedersachsen.de/anerkennung_auslaendischer_abschluesse.php.

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation/ Berufserlaubnis als Apothekerin/ als Apotheker.

☐

Antrag auf Erteilung einer Approbation als Apotheker/-In

und

☐

Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes nach § 11 Bundes-Apothekerordnung (nur bei abgeschlossenem Studium außerhalb der EU)

Zusätzlich beantrage ich einen

☐

Defizitbescheid

☐

Ich beabsichtige den Apothekerberuf in folgendem Bundesland auszuüben (bitte Stellenzusage beifügen):

Ausbildung:

Ich habe von .. bis ..

an folgender Universität Pharmazie studiert:

Name der Universität: _____

Anschrift: _____

in (bitte Land angeben): _____

Allgemeine Erklärungen:

☐

Ich habe bisher in keinem anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Ausstellung einer Berufserlaubnis zur Ausübung des Apothekerberufes oder auf Erteilung der Approbation als Apothekerin/ Apotheker gestellt.

☐

Ich habe bereits in der Vergangenheit oder gegenwärtig einen Antrag auf Ausstellung einer Berufserlaubnis zur Ausübung des Apothekerberufes oder auf Erteilung einer Approbation als Apothekerin/ Apotheker in folgendem Bundesland gestellt:

Bundesland: _____

Beantragte Stelle: _____

Anschrift: _____

Aktenzeichen: _____

- ☐ Gegebenenfalls bisher ausgestellte Berufserlaubnis nach § 11 BApO, falls der pharmazeutische Beruf derzeit oder zu einem früheren Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland ausgeübt wurde, habe ich beigelegt.

Ich erkläre hiermit, dass zurzeit ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder ein berufsrechtliches Verfahren

- ☐ nicht anhängig ist
- ☐ anhängig ist oder war, unter dem Az: _____

Bei (Name und Anschrift bitte angeben): _____

Folgende Unterlagen sind für die Beantragung einer Berufserlaubnis/ Approbation/ Defizitbescheid beizufügen:

Hinweis: Bitte reichen Sie **amtlich beglaubigte Kopien** ein. Alle fremdsprachlichen Unterlagen müssen von einem in der Bundesrepublik Deutschland öffentlich bestellten und allgemein beeidigten Dolmetscher oder Übersetzer in die deutsche Sprache übersetzt worden sein.

- ☐ amtlich beglaubigte Kopie des Reisepasses/Ausweis und der Aufenthaltsgenehmigung
- ☐ aktuelle Meldebescheinigung (aus Deutschland)
- ☐ lückenloser tabellarischer Lebenslauf einschließlich bisher absolvierter Ausbildungsgänge sowie Angabe zu bisherigen Erwerbstätigkeiten. Bitte unterschreiben Sie den Lebenslauf.
- ☐ aktuelle innerdeutsche ärztliche Bescheinigung (siehe Anlage 1)
- ☐ Kopie des Deutschzertifikates mindestens der Niveaustufe B2 nach dem europäischen Referenzrahmen
- ☐ Nachweis fachbezogener Deutschkenntnisse entsprechend den Vorgaben der Gesundheitsministerkonferenz (z. B. Fachsprachenprüfung bei der Apothekerkammer Niedersachsen oder eines kommerziellen Anbieters für Fachsprachenprüfungen)
- ☐ amtliches Führungszeugnis der Belegart 0 zur Vorlage bei Behörden (zu beantragen bei der für Ihren Wohnort zuständigen Gemeindeverwaltung/ Rathaus/ Bürgeramt)
- ☐ beantragt am bei.....

- ☐ amtlich beglaubigte Kopie des Diploms Ihres im Herkunftsland absolvierten Studiums der Pharmazie (fremdsprachlich sowie entsprechende Übersetzung)
- ☐ Erklärung der zuständigen Behörde des Herkunftslandes oder des Landes, in dem bisher der Apothekerberuf ausgeübt wurde, dass gegen Sie keine berufsrechtlichen, disziplinarischen oder strafrechtlichen Sanktionen vorliegen („Certificate of good standing“)

Erforderliche Nachweise, wenn die Ausbildung in einem Mitgliedstaat der EU absolviert wurde oder in einem Mitgliedstaat der EU bereits anerkannt wurde (Bitte beachten Sie, dass diese Nachweise bei Vorlage nicht älter als drei Monate sein dürfen.):

- ☐ Bescheinigung der zuständigen Behörde des Herkunftslandes, dass die abgeschlossene Ausbildung allen Mindestanforderungen des Artikels 44 der Richtlinie 2005/36/EG entspricht
- oder
- ☐ wurde die Ausbildung vor dem in der Anlage zu § 4 BApO genannten Stichtag begonnen, fügen Sie bitte eine Bescheinigung bei, dass Ihre Ausbildung alle Anforderungen des Artikels 44 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt
- oder
- ☐ erfüllen Sie nicht die Voraussetzungen zur Ausstellung dieser Bescheinigungen, fügen Sie bitte einen Nachweis der zuständigen Behörde des Herkunftslandes bei, die bestätigt, dass Sie in den letzten fünf Jahren drei Jahre lang ununterbrochen als Apotheker/-In tätig waren.

Erforderliche Nachweise, wenn die Ausbildung außerhalb der EU abgeschlossen wurde:

- ☐ Ausbildungsnachweise Ihres im Herkunftsland abgeschlossenen Studiums der Pharmazie (Zeugnisse, Fächerübersichten mit Angabe der Stundenzahl; fremdsprachlich sowie entsprechende Übersetzung)
- ☐ Bescheinigung der zuständigen Stelle des Herkunftslandes über die Berechtigung zur uneingeschränkten Ausübung des Apothekerberufes im Herkunftsstaat
- ☐ Ich verzichte auf die Erstellung eines Gutachtens und stimme der Teilnahme an einer Kenntnisprüfung zu.
- ☐ Ich möchte ein detailliertes Gutachten zur Prüfung der Gleichwertigkeit meiner Ausbildung über die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) beantragen (Bitte lesen Sie hierzu auch unsere Hinweise im FAQ Bereich). Ich bin darüber informiert, dass die Apothekerkammer Niedersachsen keinen Einfluss auf die Bearbeitungszeit bei der ZAB hat und ich die anfallenden Kosten des Gutachtens übernehmen muss.

Ich versichere, dass meine Angaben zum Antrag vollständig und richtig sind.

Ich bin informiert, dass der Antrag auf Erteilung der Approbation erst bearbeitet werden kann, wenn dieses Formblatt vollständig ausgefüllt ist und **alle** erforderlichen Unterlagen vorliegen.

Ich nehme davon Kenntnis, dass sowohl das Antragsverfahren als auch die eventuell spätere Teilnahme an einer Kenntnis- oder Eignungsprüfung kostenpflichtig ist.

Mir ist bekannt, dass ich ohne im Besitz einer Approbationsurkunde als Apotheker/in oder einer gültigen Berufserlaubnis nach § 11 BApO zu sein, nicht berechtigt bin, den Apothekerberuf auszuüben oder pharmazeutische Tätigkeiten, auch unter Aufsicht eines approbierten Apothekers oder einer approbierten Apothekerin, in einer Apotheke auszuüben und dass eine unerlaubte Ausübung des Apothekerberufes mit Strafe bedroht wird.

Ort, Datum

Unterschrift