



Name:

Anschrift:

Bezirksregierung Arnsberg
Dezernat 24
Seibertzstraße 1
59821 Arnsberg

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation als
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

Zahnärztin/Zahnarzt gem. § 2 Zahnheilkundegesetz (ZHG)

Apothekerin/Apotheker gem. § 4 Bundesapothekerordnung (BApO)

Psychologische Psychotherapeutin/Psychologische Psychotherapeut
gemäß § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/-psychotherapeut
gemäß § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

Bei der Absolvierung einer Ausbildung außerhalb der Europäischen Staaten (sog. Drittstaat)
zusätzlich

Bitte leiten Sie das Gutachterverfahren ein, die Kosten werde ich übernehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift