

## Erklärung zum Verzicht auf die Approbation

---

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
I A 11  
Postfach 31 09 29  
10639 Berlin

Hiermit verzichte ich mit Wirkung vom

(Zeitpunkt darf nicht in der Vergangenheit liegen)

auf meine Approbation als

Ärztin / Arzt

Apothekerin / Apotheker

Zahnärztin / Zahnarzt

Tierärztin / Tierarzt

Psychologische(r) Psychotherapeutin/Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-therapeut

Familienname und ggf. Namenszusatz (Dr. etc.)

Vorname(n)

Straße/Platz Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Ich habe meine Tätigkeit zuletzt ausgeübt in

Das **Original der Approbationsurkunde** ist

beigefügt

nicht beigefügt (nur hierfür bitte kurze Begründung und Geburtsdatum und ggf. Geburtsname angeben)

Begründung

Two yellow rectangular input fields for providing a justification, each with a horizontal line below it.

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Yellow rectangular input field for the birth name, with a horizontal line below it.

Geburtsdatum

Yellow rectangular input field for the birth date, with a horizontal line below it.

Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr

durch Überweisung

durch Lastschrift

Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen.

Name des Kreditinstituts

Yellow rectangular input field for the name of the credit institution, with a horizontal line below it.

IBAN

Yellow rectangular input field for the IBAN, with a horizontal line below it.

BIC

Yellow rectangular input field for the BIC, with a horizontal line below it.

Name des Kontoinhabers

Yellow rectangular input field for the account holder's name, with a horizontal line below it.

.....

Unterschrift des Kontoinhabers

Ich bestätige die Kenntnisnahme der folgenden Datenschutzerklärung:

### Datenschutzerklärung

Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Die Daten werden elektronisch und/oder in Papierform gespeichert. Die jeweils zuständige Heilberufekammer (Ärztekammer, Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Tierärztekammer, Psychotherapeutenkammer) erhält bei Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis oder bei Verzicht eine Information.

Die Datenschutzerklärung des Referates I A (Berufe im Gesundheitswesen/Landesprüfungsamt) des LAGeSo beruht auf den Begrifflichkeiten, die durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber beim Erlass der Datenschutz-Grundverordnung verwendet wurden.

#### 1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Referat I A  
Anschrift: Turmstraße 21, 10559 Berlin

#### 2. Name und Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

ZSL DSB  
Tel.: 030-90229-1209  
Mail: [Datenschutz@lageso.berlin.de](mailto:Datenschutz@lageso.berlin.de)

#### 3. Rechte der betroffenen Person (Auskunft, Berichtigung, Löschung)

Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über die zu ihrer Person verarbeiteten Daten.
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung.
- Das Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.
- Das Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen.

#### 4. Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. e Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) i.V.m. dem Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten bzw. der Vernichtung der Akten orientiert sich an den verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten. In Angelegenheiten der Berufszulassungsregelungen (Approbation, Berufserlaubnis) beträgt die Aufbewahrungszeit 80 Jahre. Die Weitergabe der Informationen an die Kammern erfolgt auf der Grundlage von § 14 Abs. 5 Berliner Kammergesetz in der jeweils gültigen Fassung.

Ort, Datum

.....  
(eigenhändige) Unterschrift