

Antrag auf Erteilung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung (Akademischer Gesundheitsberuf)

Landesamt für Gesundheit und Soziales
IV A 111
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Erteilung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung
(Certificate of good standing)

Familienname	ggf. Geburtsname	
Vorname(n)	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße /Platz Nr.	Postleitzahl	Ort
Telefon (tagsüber erreichbar)	E-Mail	

als

Ärztin / Arzt	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
Zahnärztin / Zahnarzt	
Tierärztin / Tierarzt	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Apothekerin / Apotheker	
Lebensmittelchemikerin/Lebensmittelchemiker	
Medizinphysikerin/Medizinphysiker	

Ich habe mein Studium

im Land Berlin

in einem anderen Bundesland

im Ausland

abgeschlossen.

Die Bescheinigung (Ausfertigung in **deutscher** Sprache) wird benötigt für eine **Tätigkeit in folgendem Staat:**

EU-Mitgliedstaat

Drittstaat

Ich bin / war zuletzt Mitglied der zuständigen Berliner Berufskammer

Ich habe nach 2011 bereits einmal eine Unbedenklichkeitsbescheinigung beim Land Berlin beantragt.

Beigefügt sind (im Original oder als beglaubigte Fotokopie) folgende Unterlagen sowie für fremdsprachige Urkunden jeweils zusätzlich beglaubigte (und ggf. überbeglaubigte) Übersetzungen:

Zeugnis über die abgeschlossene Ausbildung
(nur erforderlich, wenn das Studium außerhalb Berlins absolviert wurde)

Approbationsurkunde
(nur erforderlich, wenn sie nicht vom Land Berlin ausgestellt wurde)

ggf. Weiterbildungsanerkennung (z.B. Facharzturkunde)

ggf. Promotionsurkunde

Namensänderungsurkunde
(sofern der Name nach Ausstellung der Approbationsurkunde geändert wurde)

Leumundszeugnis der Berufskammer
(Die Auskunft der Berufskammer (Leumundszeugnis) über die dort geführten Daten für eine Unbedenklichkeitsbescheinigung habe ich angefordert; diese wird direkt auf elektronischem Weg über das besondere Behördenpostfach oder per Telefax (030 / 90229 2094) dem LAGeSo zugeleitet.

Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr (105,00 € für EU-Mitgliedsstaaten;
128,00 € für Drittstaaten;
30,00 € für Hilfsorganisationen)

durch Lastschrift

Ich ermächtige hiermit das Landesamt für Gesundheit und Soziales, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen.

Name des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

per Gebührenbescheid

Einverständniserklärung

Unbedingt ausfüllen, wenn eine ärztliche Tätigkeit bei der Charité, der Bundeswehr oder im öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. Gesundheitsamt) ausgeübt wurde oder wird.

Familienname

ggf. Geburtsname

Vorname(n)

Geburtsdatum Geburtsort

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales für die Ausstellung der von mir beantragten Unbedenklichkeitsbescheinigung ggf. erforderliche ergänzende Auskünfte/Unterlagen von Dritten (insbesondere bei früheren Arbeitgebern) anfordert.

Ansprechpartner bei den früheren Arbeitgebern bitte nachfolgend vollständig angeben:

Früherer Arbeitgeber (bitte ankreuzen)

Charité Universitätsmedizin Berlin

Öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. Gesundheitsamt)

Bundeswehr

Ansprechpartner:

Bearbeiter:

E-Mail:

Telefon:

Ort, Datum

(Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)

Hinweis: Die Bescheinigung hat eine Gültigkeitsdauer von 3 Monaten.

Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren, kein Berufungsgerichtsverfahren und kein standesrechtliches Verfahren bei der jeweiligen zuständigen Kammer anhängig ist.

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. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Die Datenschutzerklärung des Referates IV 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 IV A
Anschrift: Turmstraße 21, 10559 Berlin

2. Name und Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

ZSL DSB
Tel.: 030-90229-1209
Mail: 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 Meldeangelegenheiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, bei Unbedenklichkeits- und Echtheitsbestätigungen beträgt die Aufbewahrungszeit zwischen einem und zehn Jahren nach Abschluss des Vorganges.

Ort, Datum

(eigenhändige Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)