

# Antrag auf Erteilung der Approbation als Zahnärztin / Zahnarzt

ZAP

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
IV A 122  
Postfach 31 09 29  
10639 Berlin

**Hiermit beantrage ich die Approbation als Zahnärztin / Zahnarzt.**

Familienname (Schreibweise lt. Geburtsurkunde oder Namensänderungsurkunde)

Namenszusatz (Dr., van etc.)

Geburtsname (nur falls abweichend vom Familiennamen)

Vornamen (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)

Geburtsdatum

Geschlecht (weiblich/männlich)

Staatsangehörigkeit

Geburtsort (nur Ort, ohne Länderangabe, Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)

Straße/Platz Nr.

ggf. Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

**Folgende Unterlagen (im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie sowie für fremdsprachige Urkunden jeweils zusätzlich offizielle deutsche Übersetzungen) sind beigefügt:**

- 01 Tabellarischer Lebenslauf
- 02 Namensänderungsurkunde, falls sich der Name seit Ausstellung des Zeugnisses über die zahnärztliche Prüfung geändert hat
- 03 Identitätsnachweis (beglaubigte Fotokopie Personalausweis oder Reisepass)
- 04 Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (amtliches Führungszeugnis), das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf
- 05 Erklärung darüber, ob ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches bzw. berufsrechtliches Ermittlungsverfahren anhängig ist
- 06 Ärztliche Bescheinigung, die nicht älter als einen Monat sein darf, aus der hervorgeht, dass die Antragstellerin / der Antragsteller nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist
- 07 ggf. Promotionsurkunde

<b>Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr</b>	
durch Überweisung	durch Lastschriftzug Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen
Name des Kreditinstituts	
<input type="text"/>	
IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Kontoinhabers	
<input type="text"/>	.....
	Unterschrift des Kontoinhabers

Ort, Datum

.....  
(eigenhändige) Unterschrift

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 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](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

[Yellow box for location and date]

.....  
Unterschrift