

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| Name                 | Vorname       |
| Straße, Hausnummer   | Telefon       |
| Postleitzahl und Ort | E-Mailadresse |

**Bezirksregierung Arnsberg  
Dezernat 24 - Approbationen  
Seibertzstraße 1  
59821 Arnsberg**

Gebührenpflichtiger

### **Antrag**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Approbation als (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)
- Zahnärztin oder Zahnarzt gemäß § 13 ZHG
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 4 PsychThG
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gemäß § 4 PsychThG

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Ort der letzten Prüfung |  |
|-------------------------|--|

#### **Erklärung über die Straffreiheit**

Hiermit erkläre ich, dass ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich nicht anhängig ist, und keine berufs- bzw. disziplinarrechtlichen Maßnahmen getroffen oder eingeleitet worden sind.

#### **Erklärung zum Datenschutz**

Ich habe die Datenschutzbestimmungen auf der Internetseite der Bezirksregierung Arnsberg (<https://www.bra.nrw.de/4150077>) gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**