

Name, Vorname  
\_\_\_\_\_

ggf. Geburtsname  
\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Geburtsort  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PLZ, Ort  
\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit  
\_\_\_\_\_

**Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern, Abt. 3  
- Landesprüfungsamt für Heilberufe -  
Postfach 16 11 61  
18024 Rostock**

Telefon  
\_\_\_\_\_

E-Mail  
\_\_\_\_\_

## **Antrag auf Erteilung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung (Certificate of good standing) als** *(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. auswählen)*

- Arzt/Ärztin**
- Zahnarzt/Zahnärztin**
- Apotheker/Apothekerin**
- Psychologischer Psychotherapeut/-therapeutin**
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-therapeutin**
- Psychotherapeut/-therapeutin**

Meinem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

1. **Aktueller tabellarischer Lebenslauf**  
*(mit Datum und Unterschrift)*
2. **Identitätsnachweis**  
*(beglaubigte Kopie des Personaldokumentes oder Reisepasses)*
3. **Amtliches Führungszeugnis**  
*(Belegart O, vom Antragsteller selbst zu beantragen, wird direkt durch die Meldebehörde an das Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V versendet.)*
4. **Approbationsurkunde**  
*(beglaubigte Kopie)*
6. **Bescheinigung der Berufe-Kammer, dass berufsrechtlich keine Bedenken Bestehen**  
*(vom Antragsteller selbst zu beantragen.)*

## Erklärung über Straf- oder Ermittlungsverfahren

Ich erkläre, dass *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- gegen mich zurzeit ein Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren

nicht anhängig ist,

anhängig ist unter dem Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

- ich gerichtlich oder beruflich

nicht vorbestraft bin.

im Land \_\_\_\_\_ vorbestraft bin.

## Erklärung zu den Angaben im Antrag und zur Datenverarbeitung

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe und die nachstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen habe.

Mit der Abgabe dieses Antrags stimme ich ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu. Ich kann meine hier erklärte Einwilligung jederzeit widerrufen, bin mir jedoch bewusst, dass mein Antrag in diesem Fall möglicherweise nicht oder nicht vollständig bearbeitet werden kann.

Weitere Informationen zu den Datenschutzbestimmungen habe ich auf der Homepage des LAGuS M-V (<https://www.lagus.mv-regierung.de/Services/Datenschutz/>) zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
*Ort und Datum*

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

### Hinweise:

- Nachweise sind **in amtlich oder notariell beglaubigter Form** vorzulegen. Die **Beglaubigung** darf bei Antragstellung **nicht älter als 3 Monate** sein. Die **Beglaubigungen** sind wie folgt vornehmen zu lassen:
  - in Deutschland von Bürger- bzw. Meldeämtern oder Notaren
  - in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union von Behörden, denen diese Aufgabe ausdrücklich zugewiesen wurde, Notaren oder der deutschen Botschaft
  - in einem Land außerhalb der EU (Drittstaat) von der deutschen Botschaft
- Für die Erteilung der Unbedenklichkeitsbescheinigung werden gemäß Tarifstelle 5.1.4 im Gebührenverzeichnis der Kostenverordnung für Amtshandlungen der Gesundheitsverwaltung (GesKostVO M-V) vom 26. April 2016, in der derzeit gültigen Fassung, je nach betriebenem Verwaltungsaufwand **Gebühren** in Höhe von 65,00-105,00 EUR erhoben.