

Einrichtung/Ort (Stempel)/Datum:

, den

---

Krankenhaus/Klinikum/  
Universität/Praxis/  
Reha-Klinik

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern  
- Landesprüfungsamt für Heilberufe -

**Anstellungsbestätigung zum Antrag auf Erteilung**(auszufüllen von der Einstellungsstelle; zutreffendes ist anzukreuzen)

- ☐ **einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung**
- ☐ **des ärztlichen Berufes gem. § 10 der Bundesärzteordnung**
  - ☐ **des zahnärztlichen Berufes gem. § 13 des Zahnheilkundegesetzes**
  - ☐ **des Apothekerberufes gem. § 11 der Bundesapothekerordnung**

Der u. g. Arzt/Zahnarzt/Apotheker soll in der Einrichtung (Krankenhaus, Praxis, Apotheke)

\_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ eingestellt werden.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Beschäftigungsgrund/Art der Beschäftigung:**

- ☐ persönliche Bewerbung
- ☐ im Interesse der ärztlichen/zahnärztlichen/pharmazeutischen Versorgung
- ☐ Anpassungspraktikum zum Zweck der Berufseingliederung
- ☐ Gastarzt/-zahnarztstätigkeit
- ☐ Promotion
- ☐ Aneignung spezieller Kenntnisse in der Medizin/Zahnmedizin
- ☐ Weiterbildung zum Facharzt (über die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern)
- ☐ Weiterbildung zum Fachzahnarzt (über die Zahnärztekammer Mecklb.-Vorpommern)
- ☐ wissenschaftlicher Erfahrungsaustausch

Sicherung des Lebensunterhaltes:

- ☐ ein Stipendium
- ☐ Entgelt aufgrund eines Arbeits-, Hospitations-, Praktikums-  
vertrages -bitte unterstreichen-
- ☐ sonstiges Einkommen

---

Ort, Datum/Bezeichnung der Einstellungsstelle/ggf. Stempel der Einrichtung/**Tel. Nr./  
direkte Durchwahl/lesbare u. vollständige Adresse**

---

Unterschrift und Name in Druckbuchstaben (Titel, akad. Grad)

Leitender Arzt/CA/OA  
oder Praxisinhaber

**und**

Verwaltungsdirektor/-leiter/Personalleiter