

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/-zahnarzttätigkeit
- 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-, Praktikumsvertrages -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