

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

**Antrag auf Verlängerung / Änderung\* der Erlaubnis  
zur vorübergehenden Ausübung des Berufes  
als Arzt / Zahnarzt / Apotheker\***

Name, Vorname (amtliche Schreibweise): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.Nummer / E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Begründung des Antrages: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diesem Antrag sind beizufügen:

- 1.) Ärztliche Bescheinigung im Original, nicht älter als 1 Monat
- 2.) Führungszeugnis Belegart O, nicht älter als 1 Monat
- 3.) Erklärung eines Arbeitgebers in Mecklenburg-Vorpommern über die Bereitschaft zur Begründung eines Arbeitsverhältnisses bzw. zur Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses
- 4.) Bei Verlängerung über das 2. Tätigkeitsjahr hinaus eine besondere Begründung
- 5.) Erklärung, dass Sie zeitgleich keinen anderen Antrag in einem anderen Bundesland gestellt haben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift