



Niedersächsischer Zweckverband  
zur Approbationserteilung (NiZzA)  
– Landesprüfungsamt –  
Postfach 44 66  
30044 Hannover

## Antrag auf Erteilung der zahnärztlichen Approbation gemäß § 59 der Approbationsordnung für Zahnärzte

Dieser Antrag ist **nur** von Zahnmedizinierenden der niedersächsischen Hochschulen zu verwenden. Die einzureichenden Unterlagen sind auf der Website des Landesprüfungsamts aufgeführt ([www.nizza.niedersachsen.de](http://www.nizza.niedersachsen.de)).

► Bitte vollständig und leserlich ausfüllen:

|  |                    |
|--|--------------------|
| Familienname:<br>Ggf. Geburtsname:   |                    |
| Vorname/n:   |                    |
| Geburtsdatum:  |                    |
| Geburtsort:  |                    |
| Anschrift (die<br>Approbationsurkunde wird an<br>diese Adresse versandt):  | Straße:            |
|  | Postleitzahl, Ort: |
| Telefonnummer:   |                    |
| E-Mail-Adresse:  |                    |
| Zahnärztliche Prüfung<br>bestanden am:   |                    |
| Der Antrag auf Erteilung der Approbation soll erst nach Bestehen der Zahnärztlichen Prüfung gestellt werden. Er kann erst bearbeitet werden, sobald dem Landesprüfungsamt sämtliche Nachweise in der geforderten Form vorliegen. |                    |

**Bitte wenden!**



Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen beigefügt:

- 01 – **Personalausweis oder Reisepass** (amtlich beglaubigte Kopie)
- 02 – **Geburtsurkunde** (Original oder amtlich beglaubigte Kopie)
  - bei Verheirateten auch die **Eheurkunde** (Original oder amtlich beglaubigte Kopie)
- 03 – Kurz gefasster **Lebenslauf** (dieser muss nicht handgeschrieben sein; die tabellarische Form ist ausreichend)
- 04 – **Ärztliche Bescheinigung**, die bei Antragseingang nicht älter als einen Monat sein darf (der Vordruck ist diesem Antrag angehängt)

**Soweit die Dokumente nicht auf Deutsch ausgestellt sind, ist zusätzlich eine Übersetzung von einem beeidigten / ermächtigten Übersetzer beiliegen. Die Geburtsurkunde und ggf. die Eheurkunde werden Ihnen zurückgesandt.**

- 05 – Des Weiteren müssen Sie bei der Meldebehörde Ihres Wohnorts oder über das Online-Portal des Bundesamts für Justiz ein amtliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG beantragen. Als Verwendungszweck geben Sie bitte „Zahnärztliche Approbation“ an. Das Führungszeugnis wird dem Landesprüfungsamt direkt übersandt (Anschrift: NiZzA, Landesprüfungsamt, z.Hd. Abteilung 2 Zahnmedizin, Postfach 44 66, 30044 Hannover). Es darf bei Antragseingang nicht älter als einen Monat sein.

**Das Führungszeugnis habe ich beantragt am:** \_\_\_\_\_

**Niederschrift der zahnärztlichen Prüfung, Zeugnis über die zahnärztliche Prüfung, sowie die Prüfungsakten mit den eingereichten Nachweisen (Einzelzeugnisse) erfolgt durch die Universität**

**Verbindliche Erklärung:** Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin. Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich (unbedingt ankreuzen)

war und ist nicht anhängig

war oder ist anhängig (Aktenzeichen: \_\_\_\_\_, bei Gericht/Staatsanwaltschaft: \_\_\_\_\_; bitte die letzte schriftliche Mitteilung hierzu beifügen).

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

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

Die Approbation wird am Tag der Ausstellung wirksam; sie kann nicht rückdatiert werden. Bitte berücksichtigen Sie, dass die Approbationserteilung mit einer Bearbeitungszeit einhergeht. Die Approbationsurkunde wird Ihnen mit einem Kostenbescheid an die in diesem Antrag genannte Anschrift zugeschickt. Sie müssen für die Zustellung nicht persönlich anwesend sein. Die aktuellen Datenschutzhinweise des NiZzA finden Sie hier: <https://www.nizza.niedersachsen.de/datenschutz>



## Ärztliches Attest

---

Herr/Frau

---

Geburtsdatum, Geburtsort

---

Anschrift

ist heute von mir ärztlich untersucht worden.

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

**Arzt/Ärztin**

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten durchgeführt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift,  
Name und Berufsbezeichnung des Untersuchenden

---

Stempel/Siegel des Arztes/der Klinik  
einschließlich Kontaktadresse