



## Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber

Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort/-land \_\_\_\_\_  
Dienststelle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medizinstudium

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Diplom ausgestellt am \_\_\_\_\_  
in (Land) \_\_\_\_\_  
ausstellende Universität \_\_\_\_\_  
**Deutsche Approbation** mit Geltung vom \_\_\_\_\_  
ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

### Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- 1. Identitätsnachweis
- 2. Abschluss Medizinstudium/Diplom
- 3. Lebenslauf/beruflicher Werdegang
- 4. Zeugnisse über die ärztliche Tätigkeit bzw. Arbeitsbuch

Soweit die unter Nr. 1 bis 4 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich **in amtlich beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen für Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde.**

Sämtliche Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopien oder Originale einzureichen.

### Hinweise:

Eine Antragsbearbeitung erfolgt erst nach Erteilung einer deutschen Approbation.

Für die Erteilung einer Bescheinigung zur tariflichen Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA ist eine Gebühr in Höhe von 25,00 EUR gemäß der Verwaltungsgebührenordnung der Landesärztekammer Brandenburg zu entrichten.

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf tarifliche Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA gestellt habe.

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



**Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag  
Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber**

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

nur für Landesärztekammer:

Nr. 1	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____	_____	
_____				
Nr. 2	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____	_____	
_____				
Nr. 3	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____	_____	
_____				
Nr. 4	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____	_____	
_____				
Nr. 5	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____	_____	
_____				

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## **Datenschutzhinweis**

Die Mitarbeiter und ggf. die Mitglieder der Gremien der Landesärztekammer Brandenburg verarbeiten im Zusammenhang mit der tariflichen Einstufung personenbezogene Daten. Die Verarbeitung der Daten erfolgt vertraulich und nur zum Zwecke der Bearbeitung der Angelegenheit. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Absatz 1 Satz 1 c) DSGVO, § 2 Absatz 1 Nr. 1 und § 5 Absatz 6 HeilBerG. Verantwortlicher für den Datenschutz ist die Landesärztekammer Brandenburg, Dreifertstraße 12, 03044 Cottbus. Der Datenschutzbeauftragte der Landesärztekammer Brandenburg ist unter [datenschutzbeauftragter@laekb.de](mailto:datenschutzbeauftragter@laekb.de) zu erreichen. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie entweder auf unserer Website [www.laekb.de](http://www.laekb.de) oder auf Anfrage.