FAMULATUR

Ansprechpartnerin:
Frau Anja Schütte
Telefon: (040) 428 37 – 2421
E-Mail: anja.schuette@soziales.hamurg.de

Landesprüfungsamt für Heilberufe
Postfach 760 106, 22501 Hamburg

Besucheradresse: Billstraße 80,
20539 Hamburg

Hinweise zur Famulatur

gemäß § 15 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO) in der derzeit geltenden Fassung.

Allgemeines

Die zahnärztliche Ausbildung beinhaltet u. a. eine Famulatur von vier Wochen. Sie hat den Zweck, die Studierenden mit der praktischen zahnärztlichen Tätigkeit auf verschiedenen zahnärztlichen Berufs- und Tätigkeitsfeldern mit unmittelbarem Patientenkontakt vertraut zu machen. Die Famulatur ist während der unterrichtsfreien Zeiten nach bestandenem dem Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung abzuleisten.

Studierende des Modellstudiengangs iMed DENT am UKE können mit der Famulatur nach dem dritten Semester und erfolgreichem Abschluss der ersten fünf Module (A, B1, B2, B3, C1) beginnen. Die Famulaturen sind bei der Meldung zum Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung nachzuweisen.

Studierende aus dem Modellstudiengang müssen dem Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus einen Nachweis beifügen, der das Bestehen der vorgeschriebenen Module der ersten drei Semester bescheinigt. Die Bescheinigung „über die vorlesungsfreien Zeiten und Modullabschluss A-C1“ erhalten Sie in Ihrem persönlichen iMED DENT-Campus-Account.

Die Famulatur wird nach der derzeit geltenden ZApprO abgeleistet:

1. für die Dauer **von vier Wochen** unter der Aufsicht und Leitung einer Person, die die Approbation als Zahnarzt oder als Zahnärztin besitzt und selbst an dem Patienten oder an der Patientin praktisch zahnärztlich tätig ist

2. für die Dauer einer **ganztägigen** Arbeitszeit

3. für **mindestens zwei Wochen** bei demselben Zahnarzt oder bei derselben Zahnärztin.

Der anrechnungsfähige Mindestzeitraum beträgt jeweils vier Wochen oder zwei mal zwei Wochen, z.B. 07.02.- 20.02. und 01.03.-14.03. oder 3.3.- 30.3.

Nachweise

Die Famulatur ist bei der Meldung zum Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung durch die Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 11 der ZApprO nachzuweisen. In der Anlage ist neben der Dauer der Famulatur auch die Fachrichtung anzugeben.
Die Universität schließt mit fachlich und persönlich geeigneten Zahnärzten und Zahnärztinnen Vereinbarungen über die Durchführung der Famulatur. Diese Vereinbarung ist zusätzlich zur Famulaturbescheinigung dem Landesprüfungsamt vorzulegen.

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
http://www.hamburg.de/landespruefungsamt
Stand: 08/2026

Hamburg

FAMULATUR

Bei einer Famulatur **im Ausland** erfolgt der Nachweis auf dem beigefügten Vordruck „Certificate concerning practical clinical elective“ oder durch eine formlose Bescheinigung auf einem Briefbogen der Einrichtung mit folgenden Angaben:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum, Geburtsort
- Name der Einrichtung/ Station/ Praxis
- Gebiet/ Fachrichtung
- Zeitraum der Tätigkeit (von/ bis)
- Angabe der Fehlzeiten (von/ bis)
- Unterschrift des ausbildenden Arztes/ der ausbildenden Ärztin
- Stempel/ Siegel der Einrichtung

Eine im Ausland geleistete Famulatur muss durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe auf Antrag (s. Anlage) angerechnet werden. Der Nachweis ist im Original und in Kopie in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Die weiterhin beizufügenden Unterlagen können dem Antrag auf Anerkennung entnommen werden. Bescheinigungen in anderer Sprache sind durch einen vereidigten Dolmetscher zu übersetzen. Die Gebühr beträgt 120,- €.

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
http://www.hamburg.de/landespruefungsamt
Stand: 08/2026

Hamburg

FAMULATUR

Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G52205
Billstraße 80
20539 Hamburg

Dem Antrag ist beizufügen:	
Original und Kopie der Bescheinigung/en	☐
Semesterbescheinigung	☐
Übersicht zu den semesterfreien Zeiten	☐

Antrag auf
Anerkennung der Famulatur im Ausland

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name:	
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich
Matrikelnummer:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Anschrift:	

Ich beantrage die Anerkennung meiner nachfolgend aufgeführten Tätigkeit/en auf die nach § 15 ZApprO abzuleistende Famulatur.

Name der Einrichtung	Station/Fachrichtung	Zeitraum	
		vom	bis

Die Anrechnung von Famulaturen ist gemäß der Tarifnr. 1.1.9.3 der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen in der aktuellen Fassung mit 120,00 € gebührenpflichtig. Die Gebühr wird per Gebührenbescheid erhoben.

_____

Ort, Datum **Unterschrift**

Hamburg

Anlage 11 (zu § 15 Abs. 3 Satz 2 ZApprO)

Zeugnis

über die Tätigkeit als Famulus

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Der/Die Studierende der Zahnmedizin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung

vom _____ bis zum _____

in der unten bezeichneten Einrichtung regelmäßig unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

_____

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist

☐ unterbrochen worden vom_____ bis zum _____

☐ nicht unterbrochen worden.

(Siegel oder Stempel der Einrichtung)

_____
Ort, Datum

_____
Bezeichnung der Einrichtung

Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärztin

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
http://www.hamburg.de/landespruefungsamt
Stand: 08/2026

Hamburg

Certificate concerning practical clinical elective

The Student of Dentistry

Name, first name:	
Date of birth:	
Place of birth:	

gathered experience in the following institution under my supervision and guidance as a dental trainee after he/she passed the examination in pre-clinical studies successfully.

During this time the student has mainly been involved with activities in the field of:

_____

Period of training

from_____ to _____

Missing time

☐ yes from_____ to _____

☐ no

Seal or stamp
(in case of public institution)

_____
Place, date

_____
Specification of the institution physician Signature of the instructing

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
http://www.hamburg.de/landespruefungsamt
Stand: 08/2026

Hamburg