

## Antrag zur Anerkennung von Kursen gemäß Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg für die

**Facharztweiterbildung** \_\_\_\_\_

**Zusatzweiterbildung** \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titel der Veranstaltung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kursleiter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Das Kursprogramm und die Referentenliste bitte als Anlage beifügen!**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Antragsteller (Unterschrift/Stempel)

---

### Entscheidung des Prüfungsausschusses:

Antrag wird befürwortet  Antrag wird nicht befürwortet

Stellungnahme bei Nichtbefürwortung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unterschriften Prüfungsausschuss** (mindestens zwei Unterschriften, Vorsitzender/Mitglied)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Stempel / Unterschrift

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Stempel / Unterschrift