

Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten aus dem Gebiet der Europäischen Union (EU, EWR) und der Schweiz

1 Anerkennung auf die Weiterbildung zum Facharzt / zur Fachärztin für (Bezeichnung gemäß WBO)

2 Mitgliedsstaat (EU/EWR/Schweiz) in dem die Weiterbildungszeiten absolviert wurden

3 Angaben zum Antragstellenden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Lichtbild

4 Kontaktdaten

Telefon: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift _____

Kammermitglied LÄKB seit: _____

Deutsche Approbation seit: _____

Anerkennung nach WBO 2005

Anerkennung nach WBO 2020

5 Angaben zur Weiterbildung im Mitgliedsstaat

Weiterbildung

Bezeichnung der Weiterbildung / Qualifikation im Mitgliedsstaat

Weiterbildung von: _____ (TT.MM.JJ)

Weiterbildung bis: _____ (TT.MM.JJ)

Der Name der Weiterbildungsstätte bzw. der Weiterbildungsstätten ist in der tabellarischen Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung zu erfassen!

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (Anlagen):

1. **Beruflicher Werdegang**
- und** für die zu berücksichtigenden Abschnitte:
 2. **Weiterbildungszeugnisse** über Dauer, Art und Inhalt der Weiterbildung
Für die Schweiz das Schweizer Logbuch (SIWF/FMH/ISFM) mit Angaben zu den Weiterbildungsperioden
 3. **Nachweise über erbrachte Leistungszahlen** (Leistungs-/ Operationskataloge)
 4. Kursnachweise (sofern gemäß WBO vorgeschrieben)

Bitte legen sie erforderlichen Nachweise und Dokumente **in beglaubigter Kopie** und in **amtlich beglaubigter Übersetzung** vor (Übersetzung durch einen in Deutschland lebenden und öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer/Dolmetscher).

Ich versichere, dass ich bei **keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung** von Weiterbildungszeiten gestellt habe, noch, dass ein Antrag auf Anerkennung dieser Weiterbildungszeiten abgewiesen worden ist bzw. ein Berufungsverfahren anhängig ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift

Tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung

Name: _____ Vorname: _____

Nr.1	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.2	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.3	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.4	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.5	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			