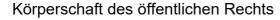
LANDESÄRZTEKAMMER BRANDENBURG





Antrag zur Ane	erkennung einer Facharztbezeichnung	
Bitte Facharztbezeichnung	g eintragen.	
nach Weiterbildungsord	dnung vom: 20.07.2020 26.10.2005	Lichtbild
Name:		
Vorname:		
Geburtsname: _		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Privatanschrift: _		
Dienststelle:		
Approbation seit:		
Promotion seit:		
Kontaktdaten		
Telefon:	E-Mail:	
Brandenburgischen Ärz	nmer Brandenburg (LÄKB) erfolgreich abgeschlossene Weiterbildun teblatt veröffentlicht. ffentlichung einverstanden.	gen werden mit Ihrer Zustimmung im
	dass die Zuständigkeit für die Durchführung des Anerkennungsverfa andenburg gemäß Heilberufsgesetz nur dann gegeben ist, wenn de andenburg ist.	
aufgrund des einheitli	üfungsgespräch legt die Landesärztekammer Brandenburg fes chen Verwaltungsverfahrens nicht möglich. Eine Absage des P in Ausnahmefällen und aus wichtigem Grund statthaft.	
	rbindliche Anmeldung zur Prüfung im Rahmen des Anerkennungsve ngsgebühren mit der Zulassung zur Prüfung fällig.	rfahrens. Gemäß der Verwaltungsgebührenordnung der
	ne Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltener	Angaben.
Ort	Datum Unterschrift	
Bitte fügen Sie folgende U	nterlagen bei:	
1. Lebenslauf 2. Zeugnisse über o	dio Waitarhildung *	
3. elektronisches Lo	•	
	lie Teilnahme an Kursen, sofern diese für die Weiterbildung erforde	rlich sind

Alle Unterlagen sind als Original oder amtlich beglaubigte Kopie einzureichen.

* Alle Weiterbildungszeugnisse müssen Angaben zum Weiterbildungszeitraum, Voll-/Teilzeit und Unterbrechungen (Soweit keine Unterbrechung vorlag, muss die "unterbrechungsfreie" Tätigkeit bestätigt werden.) sowie detaillierte Angaben über die während der Weiterbildungszeit im Einzelnen vermittelten Kenntnisse sowie die erworbenen Erfahrungen und Fertigkeiten beinhalten und eine Stellungnahme zur fachlichen Eignung zum Erwerb der beantragten Bezeichnung enthalten.

**Für Anträge zur Anerkennung nach § 20 Allgemeine Übergangsbestimmungen der WBO 2020 ist weiterhin das Logbuch in Papierform einzureichen.

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antrag:			vom	:		
Name: Vorname:			geboren am:			oren am:
bereits erw	orbene Facharztanerkenung				seit:	
						nur für Landesärztekammer:
Nr. 1	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:			Weiterbildungs- befugnis:	Monate	
Nr. 2	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:		Weiterbii befugnis		Monate	
Nr. 3	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:			Weiterbildungs- befugnis:	Monate	
						1
Nr. 4	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:			Weiterbildungs- pefugnis:	Monate	

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antrag:			vom	·		
Name:	ame: Vorname:			gebo	oren am:	
						nur für Landesärztekammer:
Nr. 5	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:		k	Veiterbildungs- pefugnis:	Monate	
Nr. 6	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:		\ t	Weiterbildungs- pefugnis:	Monate	
Nr. 7	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:		V	Veiterbildungs- pefugnis:	Monate	
Nr. 8	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß	bis:			Monate	
	§ 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:	oteilung:				
	Name des Weiterbilders:		V	Veiterbildungs- efugnis:	Monate	