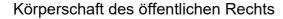
## LANDESÄRZTEKAMMER BRANDENBURG





Antrag zur Aı	nerkennung einer Schwerpunktbezeichnung	
Bitte Schwerpunktbeze	ichnung auswählen.	
nach Weiterbildungs	sordnung vom 20.07.2020:	Lichtbild
Name:		
Vorname:		
Geburtsname:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Privatanschrift:		
Dienststelle:		
Approbation seit:		
Promotion seit:		
Kontaktdaten		
Telefon:	E-Mail:	
Brandenburgischen A	kammer Brandenburg (LÄKB) erfolgreich abgeschlossene Weiterbildungen werden mit l Ärzteblatt veröffentlicht. eröffentlichung einverstanden.	hrer Zustimmung im
	n, dass die Zuständigkeit für die Durchführung des Anerkennungsverfahrens einschließl Brandenburg gemäß Heilberufsgesetz nur dann gegeben ist, wenn der Antragsteller/die Brandenburg ist.	
aufgrund des einhe	Prüfungsgespräch legt die Landesärztekammer Brandenburg fest. Eine Einflussn itlichen Verwaltungsverfahrens nicht möglich. Eine Absage des Prüfungstermins ur in Ausnahmefällen und aus wichtigem Grund statthaft.	
	verbindliche Anmeldung zur Prüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens. Gemäß üfungsgebühren mit der Zulassung zur Prüfung fällig.	der Verwaltungsgebührenordnung der
	neine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben.	
Ort	Datum Unterschrift	
Bitte fügen Sie folgende	e Unterlagen bei:	
1. Lebenslauf	er die Weiterbildung *	
3. elektronisches	-	
4. Nachweis übe	r die Teilnahme an Kursen, sofern diese für die Weiterbildung erforderlich 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.

## Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antra	ag:				vom:	
Name: Vorname:			geboren am:			
Facharztanerkenung seit:						
						nur für Landesärztekammer:
Nr. 1	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
		bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:	Weiterbildungs-				
	Name des Weiterbilders:			befugnis:	Monate	
					1	
Nr. 2	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
	AM-M-uk-2	bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:			Weiterbildungs- befugnis:	Monate	
	L					I L
Nr. 3	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
		bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:			Weiterbildungs- befugnis:	Monate	
						I [
Nr. 4	Zeitraum vom:	bis:			Monate	
	davon Teilzeit vom:	bis:			h/Woche	
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:			Monate	
		bis:			Monate	
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:			Weiterbildungs- befugnis:	Monate	

## Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antr	ag:	vom:				
Name:		geboren am:				
			nur für Landesärztekammer:			
Nr. 5	Zeitraum vom:	bis:	Monate			
	davon Teilzeit vom:	bis:	h/Woche			
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:	Monate			
		bis:	Monate			
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:	W be	/eiterbildungs- efugnis:			
Nr. 6	Zeitraum vom:	bis:	Monate			
	davon Teilzeit vom:	bis:	h/Woche			
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:	Monate			
		bis:	Monate			
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:	W	/eiterbildungs- Monate efugnis:			
Nr. 7	Zeitraum vom:	bis:	Monate			
	davon Teilzeit vom:	bis:	h/Woche			
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:	Monate			
		bis:	Monate			
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:	W	/eiterbildungs- efugnis:			
Nr. 8	Zeitraum vom:	bis:	Monate			
	davon Teilzeit vom:	bis:	h/Woche			
	Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:	bis:	Monate			
		bis:	Monate			
	Weiterbildungsstätte:					
	Abteilung:					
	Name des Weiterbilders:	W	eiterbildungs- frugnis: Monate			