

Antrag zur Anerkennung einer Schwerpunktbezeichnung

Bitte Schwerpunktbezeichnung auswählen.

nach Weiterbildungsordnung vom 20.07.2020:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____

Dienststelle: _____

Approbation seit: _____

Promotion seit: _____

Lichtbild

Kontaktdaten

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bei der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) erfolgreich abgeschlossene Weiterbildungen werden mit Ihrer Zustimmung im Brandenburgischen Ärzteblatt veröffentlicht.

☐ Ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden.

Wir weisen darauf hin, dass die Zuständigkeit für die Durchführung des Anerkennungsverfahrens einschließlich des Prüfungsgespräches durch die Landesärztekammer Brandenburg gemäß Heilberufsgesetz nur dann gegeben ist, wenn der Antragsteller/die Antragstellerin Mitglied der Landesärztekammer Brandenburg ist.

Den Termin für das Prüfungsgespräch legt die Landesärztekammer Brandenburg fest. Eine Einflussnahme auf die Terminvergabe ist aufgrund des einheitlichen Verwaltungsverfahrens nicht möglich. Eine Absage des Prüfungstermins seitens des Antragstellers/der Antragstellerin ist nur in Ausnahmefällen und aus wichtigem Grund statthaft.

Dieser Antrag ist die verbindliche Anmeldung zur Prüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens. Gemäß der Verwaltungsgebührenordnung der LÄKB werden die Prüfungsgebühren mit der Zulassung zur Prüfung fällig.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- ☐ 1. Lebenslauf
- ☐ 2. Zeugnisse über die Weiterbildung *
- ☐ 3. elektronisches Logbuch
- ☐ 4. Nachweis über 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.

Folgende Seite(n):
Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antrag: _____

vom: _____

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Facharztanerkennung _____

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:					
	Name des Weiterbilders:		Weiterbildungs- befugnis:		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		
davon Teilzeit vom:		bis:			h/Woche	
Unterbrechungen gemäß § 4 (4) der WBO:		bis:			Monate	
		bis:			Monate	
Weiterbildungsstätte:						
Abteilung:						
Name des Weiterbilders:		Weiterbildungs- befugnis:		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 Antrag: _____

vom: _____

Name: _____ Vorname: _____

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:		Weiterbildungs- befugnis:		Monate	
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:		Weiterbildungs- befugnis:		Monate	
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:		Weiterbildungs- befugnis:		Monate	
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:		Weiterbildungs- befugnis:		Monate	