



Vorprüfung von Weiterbildungsabschnitten für die

Facharztweiterbildung _____

Schwerpunktweiterbildung _____

Zusatzweiterbildung _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Privatanschrift _____

Dienststelle _____

Approbation seit _____

Promotion seit _____

Kontaktdaten:

E-Mail: _____ Telefon _____

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

1. beruflicher Werdegang
2. Zeugnisse über die Weiterbildung gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung (WBO)
3. Logbuch
4. Kursnachweis gemäß § 4 der WBO

Die Vorprüfung der Weiterbildungsabschnitte erfolgt gemäß Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg

Ort

Datum

Unterschrift

**Antrag zur Vorprüfung von Weiterbildungsabschnitten
Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge**

zum Antrag: _____

vom: _____

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

nur für Landesärztekammer:

Nr. ____ Zeitraum vom _____ bis _____ Monate
davon Teilzeit vom _____ bis _____ h/Woche
davon Teilzeit vom _____ bis _____ h/Woche
Ausfallzeiten _____ bis _____ Monate
_____ bis _____ Monate
Weiterbildungsstätte _____
Abteilung _____
Name des Weiterbilders _____ Weiterbildungsbefugnis: _____ Monate

Nr. ____ Zeitraum vom _____ bis _____ Monate
davon Teilzeit vom _____ bis _____ h/Woche
davon Teilzeit vom _____ bis _____ h/Woche
Ausfallzeiten _____ bis _____ Monate
_____ bis _____ Monate
Weiterbildungsstätte _____
Abteilung _____
Name des Weiterbilders _____ Weiterbildungsbefugnis: _____ Monate

Nr. ____ Zeitraum vom _____ bis _____ Monate
davon Teilzeit vom _____ bis _____ h/Woche
davon Teilzeit vom _____ bis _____ h/Woche
Ausfallzeiten _____ bis _____ Monate
_____ bis _____ Monate
Weiterbildungsstätte _____
Abteilung _____
Name des Weiterbilders _____ Weiterbildungsbefugnis: _____ Monate

Ort

Datum

Unterschrift