

Antrag zur Anerkennung einer Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung

Weiterbildungsordnung vom: 26.10.2005 20.07.2020

Lichtbild

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____

Dienststelle: _____

Approbation seit: _____

Promotion seit: _____

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.

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

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.

Ort

Datum

Unterschrift

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

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 amtlich beglaubigte Kopie einzureichen.

* Alle Weiterbildungszeugnisse müssen Angaben zum Weiterbildungszeitraum, Voll-/Teilzeit und Unterbrechungen 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.

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: _____

bereits vorhanden Facharztanerkennung _____

seit: _____

nur für Landesärztekammer:

Nr. 1	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>

Nr. 2	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>

Nr. 3	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>

Nr. 4	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>

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:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>	Monate

--

Nr. 6	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>	Monate

--

Nr. 7	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>	Monate

--

Nr. 8	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	befugnis:	<input type="text"/>	Monate

--