



## Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten aus dem Gebiet der Europäischen Union (EU, EWR) und der Schweiz

1 Anerkennung auf die Weiterbildung zum Facharzt / zur Fachärztin für (Bezeichnung gemäß WBO)

2 Mitgliedsstaat (EU/EWR/Schweiz) in dem die Weiterbildungszeiten absolviert wurden

### 3 Angaben zum Antragstellenden

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Lichtbild

### 4 Kontaktdaten

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Kammermitglied LÄKB seit: \_\_\_\_\_

Deutsche Approbation seit: \_\_\_\_\_

Anerkennung nach WBO 2005

Anerkennung nach WBO 2020

### 5 Angaben zur Weiterbildung im Mitgliedsstaat

#### Weiterbildung

Bezeichnung der Weiterbildung / Qualifikation im Mitgliedsstaat

Weiterbildung von: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJ)

Weiterbildung bis: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJ)

Der Name der Weiterbildungsstätte bzw. der Weiterbildungsstätten ist in der tabellarischen Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung zu erfassen!

#### Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (Anlagen):

1. **Beruflicher Werdegang**
- und** für die zu berücksichtigenden Abschnitte:
2. **Weiterbildungszeugnisse** über Dauer, Art und Inhalt der Weiterbildung  
 Für die Schweiz das Schweizer Logbuch (SIWF/FMH/ISFM) mit Angaben zu den Weiterbildungsperioden
  3. **Nachweise über erbrachte Leistungszahlen** (Leistungs-/ Operationskataloge)
  4. Kursnachweise (sofern gemäß WBO vorgeschrieben)

Bitte legen sie erforderlichen Nachweise und Dokumente **in beglaubigter Kopie** und in **amtlich beglaubigter Übersetzung** vor (Übersetzung durch einen in Deutschland lebenden und öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer/Dolmetscher).

Ich versichere, dass ich bei **keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung** von Weiterbildungszeiten gestellt habe, noch, dass ein Antrag auf Anerkennung dieser Weiterbildungszeiten abgewiesen worden ist bzw. ein Berufungsverfahren anhängig ist.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.**

Ort

Datum

Unterschrift



## Tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nr.1	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.2	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.3	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.4	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			

Nr.5	Zeitraum	vom _____	bis _____	_____ Monate	
	Teilzeit	vom _____	bis _____	_____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____			
	Abteilung	_____			
	Chefarzt	_____			