

Antragsformular auf Anerkennung von Bezeichnungen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen



ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE

gewünschter Prüfungstermin: · ·

Gebiet:	
Schwerpunkt:	
Zusatz- Weiterbildung:	

Angaben zur Person:

Name:	Geburtsdatum: ·
Vorname:	Geburtsort/ggf. Land
☐ Dr. med.	Staatsangehörigkeit:
Akad Grad(e): ☐ Sonstige	
☐ genehmigte ausländische Grade	
Datum ärztliche Prüfung (Staatsexamen): ·	
Datum ärztliche Approbation: ·	Land Staatsexamen:
Ärztliche Berufserlaubnis (§ 10 BÄO) zur Zeit gültig von · bis ·	
Datum zahnärztliche Prüfung (Staatsexamen): ·	
Datum zahnärztliche Approbation: ·	Land Staatsexamen:
Zahnärztliche Berufserlaubnis (§ 10 BÄO) zur Zeit gültig von · bis ·	

Angaben zur Person:

<u>Dienstanschrift:</u>	
Dienststelle:	Telefon:
PLZ, Ort:	Straße:
<u>Privatanschrift:</u>	
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	Mobil:
Email:	

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

38563



Anlage I zum Antragsformular auf Anerkennung von Bezeichnungen

Vorname _____ Nachname _____

Weiterbildungsgang

	Zeitraum	Land	Aufstellung der Weiterbildungsstätte: Hochschulen, Krankenhausabteilung, Institute, etc.	Abteilung und Name des leitenden Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	<i>von:</i> <i>bis:</i>	_____	_____	_____	_____	☐ Teilzeit ☐ Vollzeit h/Woche %
2	<i>von:</i> <i>bis:</i>	_____	_____	_____	_____	☐ Teilzeit ☐ Vollzeit h/Woche %
3	<i>von:</i> <i>bis:</i>	_____	_____	_____	_____	☐ Teilzeit ☐ Vollzeit h/Woche %
4	<i>von:</i> <i>bis:</i>	_____	_____	_____	_____	☐ Teilzeit ☐ Vollzeit h/Woche %
5	<i>von:</i> <i>bis:</i>	_____	_____	_____	_____	☐ Teilzeit ☐ Vollzeit h/Woche %
6	<i>von:</i> <i>bis:</i>	_____	_____	_____	_____	☐ Teilzeit ☐ Vollzeit h/Woche %

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt.

Ort _____

Datum

Unterschrift

38563

