



Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210–214
48147 Münster

Aufnahme in die Liste ärztlicher Gutachter

Name, Titel:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	Tel.:
E-Mail:	
Geburtsdatum:	Ärztekammer:

Bitte listen Sie mich als Gutachter im Fachgebiet

Meine derzeitige Tätigkeit:

Ich bin im Ruhestand und war zuletzt tätig:
(wo, bis wann, in welcher Funktion)

Ich verfüge über eine anerkannte Weiterbildung:

Fachgebiet(e), Schwerpunkt(e),
Zusatzqualifikation(en)

Ich verfüge über eine Weiterbildungsbefugnis.

ja

nein

Ich verfüge über mindestens fünf Jahre praktische Erfahrung
in dem Fachgebiet, in dem ich als Gutachter tätig sein möchte.

ja

nein

Ich verfüge über folgende besondere medizinische Kompetenzen und Erfahrungen in meinem Fachgebiet:

Ich habe folgende Fortbildungen zum Thema Begutachtung besucht.

Ich bin bei Gericht als Gutachter in Arzthaftungsstreitigkeiten tätig.

ja

nein

Bitte senden Sie dieses Datenblatt ausgefüllt per E-Mail an gutachterkommission@aekwl.de
oder per Post an die Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Westfalen-Lippe,
Gartenstraße 210–214, 48147 Münster.