

Antragsformular EU- und Drittstaaten-Anerkennung

Beachten Sie die Anlagen zum Antragsformular!



ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE

1. Antrag

Ich beantrage folgende Anerkennung:

☐ Weiterbildungsabschnitte ☐ WO 2005 ☐ WO 2020 absolviert in _____

Land

Für die Bearbeitung dieses Antrages fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung eine Gebühr in der Höhe von EUR 125,00 an.

2. Facharzt (nur eine Bezeichnung ankreuzen | Für jede Bezeichnung ist ein gesonderter Antrag mit gesonderten Unterlagen einzureichen.)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Allgemeinmedizin | ☐ Haut- und Geschlechtskrankheiten | ☐ Neurochirurgie |
| ☐ Anästhesiologie | ☐ Humangenetik | ☐ Neurologie |
| ☐ Anatomie | ☐ Hygiene und Umweltmedizin | ☐ Nuklearmedizin |
| ☐ Arbeitsmedizin | ☐ Innere Medizin | ☐ Öffentliches Gesundheitswesen |
| ☐ Augenheilkunde | ☐ Innere Medizin und Angiologie | ☐ Pathologie |
| ☐ Biochemie | ☐ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie | ☐ Neuropathologie |
| ☐ Allgemeinchirurgie | ☐ Innere Medizin und Gastroenterologie | ☐ Klinische Pharmakologie |
| ☐ Gefäßchirurgie | ☐ Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | ☐ Pharmakologie und Toxikologie |
| ☐ Herzchirurgie | ☐ Innere Medizin und Kardiologie | ☐ Physikalische und Rehabilitative Medizin |
| ☐ Kinderchirurgie | ☐ Innere Medizin und Nephrologie | ☐ Physiologie |
| ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie | ☐ Innere Medizin und Pneumologie | ☐ Psychiatrie und Psychotherapie |
| ☐ Plastische und Ästhetische Chirurgie | ☐ Innere Medizin und Rheumatologie | ☐ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie |
| ☐ Thoraxchirurgie | ☐ Kinder- und Jugendmedizin | ☐ Radiologie |
| ☐ Viszeralchirurgie | ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | ☐ Rechtsmedizin |
| ☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe | ☐ Laboratoriumsmedizin | ☐ Strahlentherapie |
| ☐ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | ☐ Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | ☐ Transfusionsmedizin |
| ☐ Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen | ☐ Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | ☐ Urologie |

3. Angaben zur Person

Akad. Grad: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: Geburtsort, -land _____

Staatsangehörigkeit: _____

Adresszusatz: _____

Straße: _____ Hausnummer:

PLZ: Ort/Land: _____

Tel.-Nr. (privat): _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Antragsformular EU- und Drittstaaten-Anerkennung

4. Angaben zu den erworbenen Abschlüssen im Drittstaat

Land Staatsexamen/Abschluss Studium: _____ Approbation/Berufserlaubnis: [][] · [][] · [][][][]

abgeschlossener Facharzt: ☐ nein (wenn nein, weiter bei 5. Angaben zum beruflichen Werdegang in Deutschland)

☐ Ja seit: [][] · [][] · [][][][]

erworbener Facharzttitel: _____

ausstellende Behörde: _____

ausstellendes Land: _____

Umschreibung/ Anerkennung des Facharztes erhalten in: _____
Land

5. Angaben zur ärztlichen Tätigkeit in Deutschland

Berufserlaubnis (§10 BÄO): [][] [][] · [][] · [][][][] bis: [][] [][] · [][] · [][][][] oder

Datum deutsche Approbation: [][] · [][] · [][][][] ausstellende Behörde: _____

Dienstanschrift: _____ seit dem: [][] · [][] · [][][][]

Straße: _____ Hausnummer: [][][]

PLZ: [][][][][] Ort: _____

Art der Tätigkeit: _____
z. B.: Assistenzarzt, Gastarzt, Hospitant etc.

6. Erklärung zur Antragstellung

Ich erkläre, dass

- eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer: _____ besteht ☐ Ja ☐ Nein
- ein Antrag auf Prüfung der Weiterbildung im Drittstaat nur bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe gestellt wurde ☐ Ja ☐ Nein
wenn "nein": Ich habe einen Antrag eingereicht bei der Ärztekammer: _____
Bitte übersenden Sie den abschließenden Bescheid in einfacher Kopie.
- die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführte Zeiten der ärztlichen Tätigkeiten, außer dem üblichen ☐ Ja ☐ Nein
Urlaub nicht unterbrochen wurden.

wenn "nein": meine ärztlichen Tätigkeiten wurden unterbrochen:

vom: [][] · [][] · [][][][] bis zum: [][] · [][] · [][][][] wegen _____
(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

vom: [][] · [][] · [][][][] bis zum: [][] · [][] · [][][][] wegen _____
(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

vom: [][] · [][] · [][][][] bis zum: [][] · [][] · [][][][] wegen _____
(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)



Antragsformular EU- und Drittstaaten-Anerkennung

Vorname _____ Name _____

Weiterbildung und ggf. Berufserfahrung im Drittstaat

	Zeitraum	Land	Name der Tätigkeitsstätte Abteilung	Name des anleitenden Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von: · · bis: · ·				☐ Weiterbildung ☐ Berufserfahrung ☐ sonstiges:	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit h/Woche %
2	von: · · bis: · ·				☐ Weiterbildung ☐ Berufserfahrung ☐ sonstiges:	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit h/Woche %
3	von: · · bis: · ·				☐ Weiterbildung ☐ Berufserfahrung ☐ sonstiges:	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit h/Woche %
4	von: · · bis: · ·				☐ Weiterbildung ☐ Berufserfahrung ☐ sonstiges:	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit h/Woche %
5	von: · · bis: · ·				☐ Weiterbildung ☐ Berufserfahrung ☐ sonstiges:	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit h/Woche %
6	von: · · bis: · ·				☐ Weiterbildung ☐ Berufserfahrung ☐ sonstiges:	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit h/Woche %

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt sowie der Anlagen (Anlage II bis II.10) wird bestätigt.

Ort _____

· ·
Datum

Unterschrift



INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß den Artikeln 13 und 14 der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

I. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrem Anliegen nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann jedoch unter Umständen eine Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich insbesondere aus § 6 Abs. 1 Nrn. 4 und 7 Heilberufsgesetz NRW sowie Artikel 6 Abs. 1 S. 1 Buchstabe e), Artikel 9 Abs. 2 Buchstabe a) DSGVO, § 3 Datenschutzgesetz NRW. Nach § 6 Abs. 1 Nr. 4 Heilberufsgesetz NRW ist es u.a. Aufgabe der Ärztekammer, die Weiterbildung nach Maßgabe dieses Gesetzes zu regeln sowie fachliche Qualifikationen zu bescheinigen.

Ebenfalls hat die Kammer die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen.

II. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können die zuständigen Beschäftigten des Ressorts Aus- und Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe sein. Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich Ihres Anliegens. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Fachbegutachter).

III. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange und in dem Umfang auf, wie dies erforderlich oder gesetzlich vorgesehen ist.

IV. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung zu. Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personen-bezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist.



INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

- 2. Seite -

V. KONTAKTDATEN DES VERANTWORTLICHEN

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Name: Die Ärztekammer Westfalen-Lippe,
Körperschaft des öffentlichen Rechts
vertreten durch Herrn Dr. med. Johannes Albert Gehle
Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Anschrift: Gartenstraße 210 – 214, 48147 Münster
Tel.: 0251/929-0
Fax.: 0251/929 - 2999
E-Mail: posteingang@aekwl.de

Homepage: <http://www.aekwl.de>

Datenschutzbeauftragter der Ärztekammer Westfalen-Lippe:

Name: Herr Thomas Althoff

Anschrift: Gartenstraße 210 – 214, 48147 Münster
Tel.: 0251 929-0

E-Mail: datenschutzbeauftragter@aekwl.de

VI. ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE FÜR DIE ÄRZTEKAMMER WESTFALEN-LIPPE:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen (LDI NRW)

Anschrift: Kavalleriestraße 2 – 4, 40213 Düsseldorf

Tel.: 0211/38424-0

Fax.: 0211/38424-10



Anlage I zum Antragsformular EU- und Drittstaaten-Anerkennung

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

- 3. Seite -

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ...

... im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende Korrespondenz auch per E-Mail erfolgen kann.

☐ Ja ☐ Nein

... mit einer Veröffentlichung meines Namens im Westfälischen Ärzteblatt in der Rubrik "Erteilte Anerkennungen" einverstanden bin.

☐ Ja ☐ Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz des Ressorts Aus- und Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Beachten Sie auch die Anlage I (Weiterbildungsgang) sowie Anlage 2 (Übersicht der [Weiterbildungsinhalte](#) - nur WO 2005) zum Antragsformular!

Ort

□□□.□□□.□□□□□□
Datum

Unterschrift



Sortierhilfe

Um die Bearbeitung Ihres Antrages nicht zu verzögern, bitten wir Sie, die erforderlichen Unterlagen den nachfolgenden Anlagen (II.1 - II.10) zuzuordnen.

Sollte es Ihnen zurzeit nicht möglich sein, alle erforderlichen Unterlagen einzureichen, bitten wir Sie, dies auf den entsprechenden Anlagen anzugeben und zu begründen.

Die eingereichten Unterlagen werden zum Bestandteil der Verwaltungsakte und können daher **nicht** zurückgegeben werden. Die Unterlagen sind, sofern nicht anders angegeben, in amtlich beglaubigter Kopie einzureichen.

Wenn Sie mehrere Anträge auf Anerkennung (z. B. verschiedene Facharzt Kompetenzen, Einstufung in den Tarifvertrag) stellen, sind die Unterlagen in mehrfacher Ausfertigung einzureichen.



aktueller Lebenslauf im Original

☐ ist beigelegt



ausländische Berufserlaubnis/Approbation in amtlich beglaubigter Kopie

☐ ist beigelegt (deutsche Übersetzung und ausländisches Ursprungsdocument)

☐ wird nachgereicht
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?

□□.□□.□□□□
Datum

☐ kann nicht nachgereicht werden

Grund



ausländisches Facharzt Diplom (sofern vorhanden) in amtlich beglaubigter Kopie

☐ ist beigelegt (deutsche Übersetzung und ausländisches Ursprungsdocument)

☐ wird nachgereicht
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?

□□□.□□.□□□□
Datum

☐ kann nicht nachgereicht werden

Grund



ausländisches Weiterbildungsprogramm in amtlich beglaubigter Kopie

☐ ist beigelegt (deutsche Übersetzung und ausländisches Ursprungsdokument)

☐ wird nachgereicht
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?

□□.□□.□□□□
Datum

☐ kann nicht nachgereicht werden

Grund



Zeugnisse über die Weiterbildung und ggf. Berufserfahrung im Drittstaat in amtlich beglaubigter Kopie

☐ sind beigelegt (deutsche Übersetzung und ausländisches Ursprungsdokument)

☐ werden nachgereicht
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?

□□.□□.□□□□
Datum

☐ können nicht nachgereicht werden

Grund



Eigenerklärung für jeden Tätigkeitsabschnitt im Drittstaat im Original

☐ ist beigelegt



Certificate of good standing aus dem Drittstaat in amtlich beglaubigter Kopie

- ☐ kann nicht nachgereicht werden

_____.
Datum

Grund

deutsche Berufserlaubnis mit Begleitschreiben der ausstellenden Behörde in einfacher Kopie

- ☐ ist beigelegt
- ☐ wird nachgereicht
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?
- ☐ kann nicht nachgereicht werden

□□.□□.□□□□
Datum

Grund



Zeugnisse über die bisherige ärztliche Tätigkeit in Deutschland in amtlich beglaubigter Kopie

- ☐ sind beigelegt
- ☐ werden nachgereicht
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?
- ☐ können nicht nachgereicht werden

□□□.□□□.□□□□□
Datum

Grund



Identitätsnachweis in einfacher Kopie

☐ ist beigelegt (ggf. deutsche Übersetzung und ausländisches Ursprungsdokument)

☐ wird nachgereicht
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?

· ·
Datum

