

# Antragsformular Drittstaaten-Anerkennung

Beachten Sie die Anlagen zum Antragsformular!



ÄRZTEKAMMER  
WESTFALEN-LIPPE

## 1. Antrag

Ich beantrage folgende Anerkennung:

☐ Facharzt Diplom

erworben in

Land

Für die Bearbeitung des Antrages auf Anerkennung des Facharzt Diploms fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung eine Gebühr in der Höhe von EUR 500,00 - 1200,00 an.

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

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

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 Drittstaaten-Anerkennung

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

## Weiterbildung und ggf. Berufserfahrung im Drittstaat

|   | Zeitraum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Land | Name der Tätigkeitsstätte<br>Abteilung | Name des<br>anleitenden Arztes | Art der Tätigkeit                                                                                                | Arbeitszeit                                                                                                                |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |      |                                        |                                | <input type="radio"/> Weiterbildung<br><input type="radio"/> Berufserfahrung<br><input type="radio"/> sonstiges: | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="text"/> h/Woche<br><input type="text"/> % |
| 2 | von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |      |                                        |                                | <input type="radio"/> Weiterbildung<br><input type="radio"/> Berufserfahrung<br><input type="radio"/> sonstiges: | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="text"/> h/Woche<br><input type="text"/> % |
| 3 | von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |      |                                        |                                | <input type="radio"/> Weiterbildung<br><input type="radio"/> Berufserfahrung<br><input type="radio"/> sonstiges: | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="text"/> h/Woche<br><input type="text"/> % |
| 4 | von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |      |                                        |                                | <input type="radio"/> Weiterbildung<br><input type="radio"/> Berufserfahrung<br><input type="radio"/> sonstiges: | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="text"/> h/Woche<br><input type="text"/> % |
| 5 | von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |      |                                        |                                | <input type="radio"/> Weiterbildung<br><input type="radio"/> Berufserfahrung<br><input type="radio"/> sonstiges: | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="text"/> h/Woche<br><input type="text"/> % |
| 6 | von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> · <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |      |                                        |                                | <input type="radio"/> Weiterbildung<br><input type="radio"/> Berufserfahrung<br><input type="radio"/> sonstiges: | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="text"/> h/Woche<br><input type="text"/> % |

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.



# Anlage I zum Antragsformular Drittstaaten-Anerkennung

## 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](mailto: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](mailto: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 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 Ursprungsdokument)

☐ wird nachgereicht  
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?

..  
*Datum*

☐ kann nicht nachgereicht werden

Grund



### ausländisches Facharzt Diplom mit Legalisation/Apostille 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



☐ ist beigefügt (deutsche Übersetzung und ausländisches Ursprungsdocument)

☐ wird nachgereicht  
Wann kann mit dem Eingang gerechnet werden?

·  ·   
*Datum*

☐ kann nicht nachgereicht werden

---

*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

