



--	--	--	--	--	--	--	--

Arzt Nummer (wird von der ÄK ausgefüllt)

beantragte/angestrebte Weiterbildungscompetenz

Angaben zur Person

Akad. Grad _____

Geschlecht: weiblich männlich

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum [][]/[][]/[][][][] Geburtsort, -land _____

Staatsangehörigkeit _____ Land Staatexamen _____

Datum Staatsexamen: [][]/[][]/[][][][] Datum deutsche Approbation: [][]/[][]/[][][][]

§10 BÄO zur Zeit gültig von: [][]/[][]/[][][][] bis: [][]/[][]/[][][][]

Kontaktadresse:

Adresszusatz: _____

Straße _____ Hausnummer: [][][][]

PLZ: [][][][][] Ort/Land: _____

Tel.-Nr. (dienstlich): _____

Tel.-Nr. (privat): _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Angaben zum beruflichen Werdegang

fertiger Facharzt: Ja Nein seit: [][]/[][]/[][][][]

erworbener Facharztstitel: _____

ausstellende Behörde: _____

ausstellendes Land: _____

In folgendem Land habe ich bereits eine entsprechende Anerkennung/Umschreibung des o. g. Facharzt erhalten:

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->



Antragsformular EU- und Drittstaaten-Weiterbildung

Erklärung an Eides Statt:

- Ich erkläre und bestätige, dass
- eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer: _____ besteht Ja Nein
 - ich bei keiner anderen deutschen Ärztekammer den selben Antrag gestellt habe Ja Nein
 - ein früherer Antrag bei der Ärztekammer: _____ abgewiesen worden ist Ja Nein
 - die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführte Weiterbildungszeiten, außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind.
 - Meine Weiterbildung wurde unterbrochen:

Zeiträume der Unterbrechungen:

von: [] [] [] • [] [] [] • [] [] [] [] [] [] [] bis: [] [] [] • [] [] [] • [] [] [] [] [] [] [] wegen _____
(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit)

von: [] [] [] • [] [] [] • [] [] [] [] [] [] [] bis: [] [] [] • [] [] [] • [] [] [] [] [] [] [] wegen _____
(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit)

von: [] [] [] • [] [] [] • [] [] [] [] [] [] [] bis: [] [] [] • [] [] [] • [] [] [] [] [] [] [] wegen _____
(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit)

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

Ort

[] [] [] • [] [] [] • [] [] [] [] [] [] []

Datum

Unterschrift

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

Allgemeine Belege:

- 1.) Identitätsnachweis
- 2.) tabellarischer Lebenslauf

Beachten Sie auch die Anlage I zum Antragsformular!

Belege EU-Weiterbildung:

3.a.) bei Umschreibung einer im Ausland erworbenen Facharztanerkennung:

- Originalurkunde (DIN A 3 = Griechenland) über die Anerkennung als Facharzt
- Konformitätsbescheinigung der zuständigen Behörde darüber, dass für die erteilte Anerkennung alle Anforderungen des Artikel 25 (FA Allgemeinmedizin Artikel 28) bzw. Artikel 23 (1) o. (3-6) der Richtlinie 2005/36/EG eingehalten wurden

3.b.) bei Anerkennung von im Ausland absolvierten Weiterbildungsabschnitten:

- ausführliche Zeugnisse und Leistungskataloge gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung über die einzelnen Weiterbildungsabschnitte
- Konformitätsbescheinigung der zuständigen Behörde darüber, dass bei den abgeleisteten Weiterbildungsabschnitten die Anforderungen des Artikel 25 (FA Allgemeinmedizin Artikel 28) der Richtlinie 2005/36/EG eingehalten wurden

Belege Drittstaaten-Weiterbildung:

3.a.) bei Umschreibung einer im Ausland erworbenen Facharztanerkennung:

- Ihre ausländischen Ausbildungsnachweise als Ärztin bzw. Arzt und als Fachärztin bzw. Facharzt
- Ihre ausländischen Zeugnisse über die Weiterbildung, das Original Arbeitsbuches / Arbeitsnachweises
- Bescheinigung der zuständigen ausländischen Behörde oder Stelle, dass Sie während dieser Tätigkeit berechtigt waren, den ärztlichen Beruf ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig auszuüben (Certificate of good standing)

3.b.) bei Anerkennung von im Ausland absolvierten Weiterbildungsabschnitten:

- Ihre ausländischen Ausbildungsnachweise als Ärztin bzw. Arzt
- Ihre ausländischen Zeugnisse über die Weiterbildung, das Original Arbeitsbuches / Arbeitsnachweises
- Bescheinigung der zuständigen ausländischen Behörde oder Stelle, dass Sie während dieser Tätigkeit berechtigt waren, den ärztlichen Beruf ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig auszuüben (Certificate of good standing)

Hinweise:

Die Unterlagen zu 3.) sind der Ärztekammer in der Amtssprache des Herkunftsstaates und übersetzt in die deutsche Sprache (ausgefertigte Übersetzungen von einer(einem allgemein beeidigten, öffentlich bestellten bzw. allgemein ermächtigten Dolmetscherin/Dolmetscher sowie Übersetzerin/Übersetzer (s. h. www.justiz-dolmetscher.de) in Form von Originalen oder amtlich beglaubigten Kopien vorzulegen.

Die Zeugnisse müssen von den Ärzten ausgestellt sein, unter deren verantwortlicher Leitung die Weiterbildung abgeleistet wurde. Diese müssen im Einzelnen die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten enthalten, die vermittelt und erworben wurden. Sie müssen darüber hinaus die Angaben über die während der Weiterbildung selbstständig durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und - bei operativen Fächern zusätzlich - die selbstständig durchgeführten operativen Eingriffe enthalten. Dabei ist ggf. zu differenzieren zwischen den Basisweiterbildungszeiten und -inhalten und der eigentlichen Facharztweiterbildung.

Die Zeugnisse müssen auch Angaben über die Art der Beschäftigung enthalten z. B. ob diese als Assistenzarzt in hauptberuflicher Stellung oder als Regierungsstipendiat, Gastarzt, Honorararzt, Oberarzt, Chefarzt, mit oder ohne Vergütung erfolgte. Zudem muss angegeben sein, ob die Tätigkeit als Ganztags- oder Teilzeitbeschäftigung und mit oder ohne Unterbrechung (außer dem tariflichen Urlaub) durchgeführt wurde. Ganztags von bis , Teilzeit von bis mit Stunden pro Woche. Unterbrechung von bis wegen Mutterschutzfrist, Erziehungsurlaub, Krankheit, Wehrdienst, etc.



Anlage I zum Antragsformular EU- und Drittstaaten-Weiterbildung

Vorname _____ Name _____

Weiterbildungsgang						
	Zeitraum	Land	Aufstellung der Weiterbildungsstätte: Hochschulen, Krankenhausabteilung, Institute, etc.	Abteilung und Name des leitenden Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von: [][] . [][] . [][][][][][] bis: [][] . [][] . [][][][][][]	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit [][] h/Woche [][][] %
2	von: [][] . [][] . [][][][][][] bis: [][] . [][] . [][][][][][]	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit [][] h/Woche [][][] %
3	von: [][] . [][] . [][][][][][] bis: [][] . [][] . [][][][][][]	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit [][] h/Woche [][][] %
4	von: [][] . [][] . [][][][][][] bis: [][] . [][] . [][][][][][]	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit [][] h/Woche [][][] %
5	von: [][] . [][] . [][][][][][] bis: [][] . [][] . [][][][][][]	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit [][] h/Woche [][][] %
6	von: [][] . [][] . [][][][][][] bis: [][] . [][] . [][][][][][]	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Vollzeit [][] h/Woche [][][] %

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

Ort _____

[][] . [][] . [][][][][][]
Datum

Unterschrift _____

