



1. Angaben zur Person

| Personendaten | |
|---|--|
| Akad. Grade: | |
| Vorname(n): | |
| Name: | |
| Geburtsdatum: | Geburtsort/ggf. Land: |
| Staatsangehörigkeit: | |
| | <i>ärztlich</i> <i>zahnärztlich</i> |
| Datum Staatsexamen: | |
| Land Staatsexamen: | |
| Datum dt. Approbation: | |
| Approbationsbehörde: | |
| Berufserlaubnis (§ 10 BÄO) zurzeit gültig: | von bis |

| Adressdaten |
|------------------------|
| <u>Dienstanschrift</u> |
| Dienststelle: |
| Adresse: |
| Telefon / Mobil: |
| E-Mail: |
| <u>Privatanschrift</u> |
| Adresse: |
| Telefon / Mobil: |
| E-Mail: |

2. Erklärung an Eides statt

| Ich erkläre und bestätige, dass | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer: besteht. |
| <input type="checkbox"/> | ich bei keiner deutschen Ärztekammer denselben Antrag gestellt habe. |
| <input type="checkbox"/> | eine frühere Bescheinigung durch die Ärztekammer: ausgestellt worden ist. |
| <input type="checkbox"/> | die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten ärztlichen Tätigkeiten, außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind. |
| <input type="checkbox"/> | meine ärztliche(n) Tätigkeit(en) wie unter Pkt. 3 aufgeführt unterbrochen wurde(n). |



3. Zeiten ärztlicher Tätigkeit

| Internatur / Praktisches Jahr / Medizinalassistentenjahr: | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------|--|--|---|--|
| | Zeitraum (Tag / Monat / Jahr) | Ort / Land | Aufstellung der Dienststätte: Hochschule, Krankenhausabteilung, Institut, etc. | Abteilung und Name des leitenden Arztes | Art der Tätigkeit | Arbeitszeit |
| 1 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Internatur <input type="checkbox"/> Praktisches Jahr <input type="checkbox"/> Medizinalass.jahr <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |
| 2 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Internatur <input type="checkbox"/> Praktisches Jahr <input type="checkbox"/> Medizinalass.jahr <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |

| Ärztliche Berufstätigkeit: | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|------------|--|--|--|--|
| | Zeitraum (Tag / Monat / Jahr) | Ort / Land | Aufstellung der Dienststätte: Hochschule, Krankenhausabteilung, Institut, etc. | Abteilung und Name des leitenden Arztes | Art der Tätigkeit | Arbeitszeit |
| 1 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung* <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> eigenst. Tätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |
| 2 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung* <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> eigenst. Tätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |
| 3 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung* <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> eigenst. Tätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |
| 4 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung* <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> eigenst. Tätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |
| 5 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung* <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> eigenst. Tätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |
| 6 | von: bis: | | | | <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung* <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> eigenst. Tätigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit h/Woche % |

* = fachärztliche Tätigkeit



Unterbrechung(en) der ärztlichen Tätigkeit:

| | Zeitraum der Unterbrechung (Tag / Monat / Jahr) | | Begründung <i>(z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, Sprachkurse, Dissertation, Hospitation)</i> |
|---|--|------------|---|
| 1 | <i>von:</i> | <i>bis</i> | |
| 2 | <i>von:</i> | <i>bis</i> | |
| 3 | <i>von:</i> | <i>bis</i> | |

4. Bestätigung

Unterschrift

Ich bestätige durch meine Unterschrift zugleich die Richtigkeit aller der in diesem Antrag und der dazugehörigen Anlage enthaltenen Angaben und die Übereinstimmung der von mir eingereichten Fotokopien mit den Originalen.

Ort

Datum

Unterschrift



Sortierhilfe

Um die Bearbeitung Ihres Antrages nicht zu verzögern, bitten wir Sie, die erforderlichen Unterlagen den nachfolgenden Anlagen (1 - 5) zuzusortieren.

Sollte es Ihnen zurzeit nicht möglich sein, alle angeforderten Unterlagen beizubringen, bitten wir Sie dies auf den entsprechenden Anlagen anzugeben.

Wir möchten Sie jedoch bereits jetzt darauf hinweisen, dass unsere Frist für die Bearbeitung Ihres Antrages erst beginnt, wenn die erforderlichen Unterlagen vollständig vorliegen.

Bitte bedenken Sie, dass wir alle Unterlagen (mit Ausnahme des Identitätsnachweises und des Antragsformulars) als beglaubigte Fotokopie benötigen. Alle Unterlagen sind zum Verbleib in der Akte gedacht. Sofern Sie Unterlagen im Original einreichen und diese zurück bekommen möchten, fallen entsprechende Kosten - abhängig vom Umfang der zurückgeforderten Unterlagen - an.



ANLAGE 1

Zum Antragsformular (bitte entsprechend ankreuzen)

- ist vollständig ausgefüllt, unterschrieben und beigelegt.
- wird nachgereicht.

Mit dem Eingang ist voraussichtlich bis einschließlich:

zu rechnen.

Bitte fügen Sie hinter dieser Anlage das Antragsformular



ANLAGE 2

Zum aktuellen Lebenslauf (Curriculum Vitae)

- ist unterschrieben und im Original beigelegt.
- wird nachgereicht.

Mit dem Eingang ist voraussichtlich bis einschließlich:

zu rechnen.

Bitte fügen Sie hinter dieser Anlage den Lebenslauf



ANLAGE 3

Zur Berufserlaubnis / ausländischen Approbation

- ist in amtlich beglaubigter Kopie nebst deutscher Übersetzung im Original beigelegt.
- wird nachgereicht.
Mit dem Eingang ist voraussichtlich bis einschließlich: _____ zu rechnen.
- kann nicht nachgereicht werden.

Begründung:

Bitte fügen Sie hinter dieser Anlage die Berufserlaubnis bzw. die ausländische Approbation sowie die amtlich beglaubigte Übersetzung



ANLAGE 4

Zum ausländischen Facharzt Diplom

- ist in amtlich beglaubigter Kopie nebst deutscher Übersetzung im Original beigelegt.
- wird nachgereicht.
Mit dem Eingang ist voraussichtlich bis einschließlich: _____ zu rechnen.
- kann nicht nachgereicht werden.

Begründung:

Bitte fügen Sie hinter dieser Anlage das Facharzt Diplom
sowie die amtlich beglaubigte Übersetzung



ANLAGE 5

Zu den Zeugnissen über die ärztliche Tätigkeit und ggf. Berufserfahrung im Ausland

- ist in amtlich beglaubigter Kopie nebst deutscher Übersetzung im Original beigelegt.
- wird nachgereicht.
Mit dem Eingang ist voraussichtlich bis einschließlich: _____ zu rechnen.
- kann nicht nachgereicht werden.
Begründung:

Bitte fügen Sie hinter dieser Anlage die Zeugnisse aus dem Ausland mit den Übersetzungen