

Anfrage auf Bewertung der bisherigen Weiterbildung



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Anliegen

Ich bitte im Rahmen meiner Weiterbildung _____
Gebiet/Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung

um Überprüfung der bisher absolvierten Tätigkeiten gemäß folgender Weiterbildungsordnung: 2005 **oder** 2020

Die Zeugnisse und Nachweise sollen geprüft werden aus folgenden Grund:

Tätigkeiten im **Ausland** können auf diesem Wege **nicht** anerkannt werden. Hierzu stellen Sie bitte einen gesonderten Antrag auf Anerkennung von Tätigkeiten im Ausland.

Einzureichende Anlagen:

Anlage I - Weiterbildungsgang

Anlage II (entfällt bei Zusatzweiterbildungen) - Anlage zu den Weiterbildungsinhalten (<https://www.aekwl.de/weiterbildungsinhalte>)

Anlage III - Ausdruck mit der Berechnung der Zeit im Weiterbildungszeitenrechner (www.aekwl.de/Weiterbildungszeitenrechner/) sowie entsprechende Zeugnisse und Nachweise der absolvierten Weiterbildung.

2. Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsdatum: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Vorname: _____ Geburtsort/ggf. Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Datum der deutschen ärztlichen Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Für Antragssteller mit Tätigkeitsabschnitten vor Erhalt der deutschen Approbation:

Berufsausübungsgenehmigungsnachweise (§10 BÄO) mit Anschreiben der Approbationsbehörde für alle Tätigkeitsabschnitte nicht vergessen!

3. Angaben zur Person

Dienstanschrift:

Dienststelle: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Privatanschrift:

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ Mobil: _____

Email: _____

4. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass...

... ich eine Anfrage/einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe. Ja Nein
wenn "ja" bei der Ärztekammer: _____
(Bitte Bescheid beifügen.)

... die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Weiterbildungszeiten, Ja Nein
außer dem üblichen Urlaub, nicht unterbrochen worden sind.

Meine Weiterbildung wurde wegen _____ unterbrochen.
(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

Anfrage auf Bewertung der bisherigen Weiterbildung

Zeiträume der Unterbrechungen:

von: [][] · [][] · [][][][] bis: [][] · [][] · [][][][] wegen

(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

von: [][] · [][] · [][][][] bis: [][] · [][] · [][][][] wegen

(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

von: [][] · [][] · [][][][] bis: [][] · [][] · [][][][] wegen

(z. B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

5. Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ...

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

Von einer deutschen Ärztekammer ausgespochene Anerkennung einer Gebiets-, Schwerpunkt-, Zusatzbezeichnung, Fakultative Weiterbildung oder Fachkunde:

Sofern in einem anderen Kammerbereich bereits eine Weiterbildungsbezeichnung erworben wurde, sind die entsprechenden Zeugnisse mit einzureichen.

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

Ort

[][] · [][] · [][][][]
Datum

Unterschrift

Anlage I zum Anfrageformular auf Anerkennung einer Bezeichnung

Vorname _____ Nachname _____

Weiterbildungsgang					
Zeitraum	Land	Aufstellung der Weiterbildungsstätte: Krankenhausabteilung, Institut, Praxis etc.	Abteilung und Name des leitenden Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1 von: _____ bis: _____	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
2 von: _____ bis: _____	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
3 von: _____ bis: _____	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
4 von: _____ bis: _____	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
5 von: _____ bis: _____	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
6 von: _____ bis: _____	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch Zeugnisse gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung einschließlich - sofern gefordert - Leistungs-/Operationskataloge belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der ÄKWL.

Bei Teilzeitweiterbildung bitte die Genehmigung der Ärztekammer beifügen.

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

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Anlage II zum Anfrageformular auf Anerkennung einer Bezeichnung

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 berechnigte 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 personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist.

Anlage II zum Antragsformular auf Anerkennung einer Bezeichnung

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