



Antrag auf Anerkennung einer Bezeichnung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

Bitte freihalten für den Eingangsstempel.

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Bezeichnung

Facharzt/Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung

mögliche* Prüfungstermine: [][] . [][] . [][][][] oder [][] . [][] . [][][][] *unter Einhaltung der **8 Wochenfrist**



Den Prüfungsplan für das aktuelle Jahr finden Sie auf unserer Homepage. Eine Anmeldung zur Prüfung ist erst nach Abschluss der zeitlichen und inhaltlichen Voraussetzungen möglich. Der frühestmögliche Prüfungstermin ist - bei Vorliegen aller Voraussetzungen - 8 Wochen nach der Anmeldung.

gemäß folgender Weiterbildungsordnung: WO 2020 oder WO 2005 Gilt nur für Facharztweiterbildung bei Beginn vor dem 01.07.2020 und Beendigung und Beantragung bis zum 30.06.2027



Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden. Hierzu stellen Sie **vorab** einen gesonderten Antrag.

2. Angaben zur Person

Name: _____

Geburtsdatum: [][] . [][] . [][][][]

Vorname: _____

Geburtsort/ggf. Land: _____

Dr. med.

Staatsangehörigkeit: _____

Akad Grad(e): Sonstige _____

anerkannte ausländische Grade _____

Datum ärztliche Prüfung (Staatsexamen): [][] . [][] . [][][][]

Land: _____

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!

Datum zahnärztliche Approbation: [][] . [][] . [][][][]

3. Angaben zur Person

Dienstanschrift:

seit: [][] . [][] . [][][][]

Dienststelle: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

Mobil: _____

Email: _____

Ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende Korrespondenz auch per E-Mail erfolgen kann.

Ja

Nein

Antrag auf Anerkennung einer Bezeichnung

4. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass...

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe.	Ja	Nein
wenn "ja" bei der Ärztekammer: _____		
... eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer _____ besteht. <small>(Bitte Bescheid beifügen.)</small>	Ja	Nein
... meine Weiterbildungszeiten, außer dem üblichen Urlaub, nicht unterbrochen worden sind.	Ja	Nein
... ich alle zeitlichen und inhaltlichen Weiterbildungs-Voraussetzungen erfüllt habe (siehe Checkliste)	Ja	Nein

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

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)

Von einer deutschen Ärztekammer ausgespochene Anerkennung einer Facharzt-, Schwerpunkt-, Zusatzbezeichnung oder Fachkunde:

5. Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich mit einer Veröffentlichung meines Namens im Westfälischen Ärzteblatt in der Rubrik "Erteilte Anerkennungen" einverstanden bin. Ja Nein



Für die Bearbeitung des Antrages auf Anerkennung fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung eine Gebühr in der Höhe von EUR 130,00 an. Diese wird mit Eingang Ihres Antrages fällig und ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages. Verwaltungsgebühren bitte erst nach Erhalt der Eingangsbestätigung, dem die Kontoinformationen mit Buchungsnummer beigefügt sind, überweisen.

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

Anlage I zum Antragsformular 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: <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"/> 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"/>	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
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"/> 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"/>	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
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"/> 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"/>	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
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"/> 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"/>	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
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"/> 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"/>	_____	_____	_____	Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit _____ h/Woche _____ %
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"/> 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"/>	_____	_____	_____	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.

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

Ort _____

Datum

Unterschrift

Antragstellung auf Anerkennung einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung

Eine zügige Bearbeitung Ihres Antrages ist nur möglich, wenn die erforderlichen Unterlagen **vollständig** eingereicht werden. Nutzen Sie bitte diese Checkliste zur Überprüfung der Anforderungen und der Vollständigkeit Ihrer Antragsunterlagen, bevor Sie den Antrag stellen.

Voraussetzungen

- Ich habe die erforderlichen Kompetenzen erworben und die Mindest-Weiterbildungszeiten erfüllt.
- Ich bin Mitglied der Ärztekammer Westfalen-Lippe.
Die für eine Prüfung vor der Ärztekammer Westfalen-Lippe erforderliche Kammermitgliedschaft muss während des gesamten Anerkennungsverfahrens fortbestehen.

Einzureichende Unterlagen

- Weiterbildungszeugnisse für alle Weiterbildungsabschnitte
 - inkl. Angaben zum zeitlichen Umfang (Vollzeit/Teilzeit, Angabe des Umfangs in Prozent)
 - inkl. Angabe, ob Unterbrechungen stattgefunden haben
 - inkl. Angaben zu erfolgten Rotationen
 - inkl. Angaben zur fachlichen Eignung (Qualifikationsvermerk)
 - mit Unterschrift und Stempel aller weiterbildungsbefugten Personen
 - ausgestellt auf einem offiziellen Geschäftsbogen der Weiterbildungsstätte
- Bescheinigungen zu Rotationen und Hospitationen, sofern diese stattgefunden haben
- Weiterbildungskurse, falls diese für die angestrebte Bezeichnung gefordert sind
Die Kurse sind durch sämtliche Teilnahmebestätigungen (mit Angabe der Stundenzahl) nachzuweisen.
- eLogbuch Weiterbildungsordnung 2020 **oder** Papier-Logbuch Weiterbildungsordnung 2005
Das eLogbuchs führen Sie digital. Dies setzt voraus, dass die erforderlichen Kompetenzen vollständig erworben und durch die weiterbildungsbefugten Personen bestätigt wurden. Die Ärztekammer kann über das Portal auf Ihr eLogbuch zugreifen.
Wenn Sie die Facharztweiterbildung nach der WO 2005 gemäß Übergangsbestimmungen abschließen, weisen Sie den erfüllten Leistungskatalog durch Einreichung des Papier-Logbuchs nach.
- Bei Einbezug von im Ausland geleisteter Weiterbildung ist die Anerkennung dieser Weiterbildung vorab zu beantragen: www.aekwl.de/weiterbildung-im-ausland
- Antragsformular, vollständig ausgefüllt und unterschrieben www.aekwl.de/anerkennung_weiterbildung



WICHTIG: Bitte lassen Sie Ihre Zeugnisse und Nachweise beglaubigen. Dies ist z. B. bei den Verwaltungsbezirken der Ärztekammer, Stadt- und Kreisverwaltungen, Bezirksregierungen, Verwaltungen von Körperschaften des öffentlichen Rechts, städtisch oder kirchlich geführten Krankenhäusern, Universitäten, kirchlichen Einrichtungen etc. möglich. Senden Sie uns bitte **keine Originalzeugnisse** zu, da eingereichten Weiterbildungszeugnisse zum Verbleib bei der Ärztekammer bestimmt sind.

So geht es dann weiter:

Reichen Sie bitte den Antrag mit den vollständigen Unterlagen spätestens 8 Wochen vor dem gewünschten Prüfungstermin ein bei der

Ärztekammer Westfalen Lippe, Postfach 4067, 48022 Münster

Den Prüfungsplan finden Sie hier: www.aekwl.de/weiterbildungspruefungen

Nach der Antragsregistrierung erhalten Sie eine postalische Eingangsbestätigung von uns. Dies ist noch keine Zulassung zur Prüfung.

Sofern alles Erforderliche nachgewiesen ist, wird die Zulassung zu Prüfung erteilt, die 6 Monate gültig ist. Die Einladung zur Prüfung erhalten Sie spätestens 14 Tage vor dem von Ihnen präferierten Termin.

Sofern Ihre Unterlagen unvollständig oder nicht fristgerecht bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe eingehen, kann der von Ihnen gewünschte Prüfungstermin womöglich nicht berücksichtigt werden. In diesem Fall nehmen wir Kontakt mit Ihnen auf.

Sie haben Fragen?

Dann helfen wir Ihnen gerne weiter.

Sie erreichen uns telefonisch zu nachstehenden Zeiten:

Mo. von 9.00 – 12.00 Uhr und 14.00 – 16.00 Uhr

Di. von 9.00 – 11.00 Uhr

Mi. von 14.00 – 16.45 Uhr

Do. von 9.00 – 11.00 Uhr

Fr. von 9.00 – 13.30 Uhr

Oder Sie schreiben uns eine E-Mail mit Ihrem Anliegen.

Gerne rufen wir Sie auch zu einem Zeitpunkt außerhalb der Telefonzeiten zurück.

Bereich	Telefon	E-Mail
Facharzt- & Schwerpunktbezeichnungen sowie Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	0251 929-2330	weiterbildung@aekwl.de
Zusatzbezeichnungen & Strahlenschutz	0251 929-2374	weiterbildung@aekwl.de
Weiterbildung Allgemeinmedizin (KoStA – Koordinierungsstelle Aus- und Weiterbildung)	0251 929-2343	kosta@aekwl.de
Weiterbildung im Ausland	0251 929-2346	ausland-wb@aekwl.de
Support eLogbuch	0251 929-2360	elogbuch@aekwl.de

Anlage II zum Antragsformular 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