

Antrag auf Anerkennung der neu eingeführten Facharztanerkennung in der 1. Änderungsfassung der WO 2020 vom 01.07.2023 gemäß Übergangsbestimmungen



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Facharztanerkennung Innere Medizin und Infektiologie

Gemäß § 20 Allgemeine Übergangsbestimmungen Abs. 8 der WO von 2020:

Kammerangehörige, die bei Einführung einer neuen Bezeichnung in diese Weiterbildungsordnung in dem jeweiligen Gebiet, Schwerpunkt oder der jeweiligen Zusatz-Weiterbildung innerhalb der letzten 8 Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen tätig waren, welche der jeweiligen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht, können die Zulassung zur Prüfung beantragen.

Der Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit für die in Satz 1 angegebene Mindestdauer in dem jeweiligen Gebiet, Schwerpunkt oder der Zusatz-Weiterbildung zu erbringen. Aus dem Nachweis muss hervorgehen, dass der Antragsteller in dieser Zeit überwiegend im betreffenden Gebiet, Schwerpunkt oder der entsprechenden Zusatz-Weiterbildung tätig gewesen ist und dabei umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben hat. Anträge sind innerhalb einer Frist von drei Jahren zu stellen. Dabei können auch Tätigkeitsabschnitte innerhalb dieser Frist berücksichtigt werden.

Prüfungstermin: Sobald die Bearbeitung des Vorliegens der Zulassungsvoraussetzungen ergibt, kann ein Prüfungstermin vereinbart werden.

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 Buchungsnummer beigelegt ist, überweisen

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 Approbationsbehörden für alle Tätigkeitsabschnitte nicht vergessen!

Datum zahnärztliche Prüfung (Staatsexamen):

 Land: _____

Datum zahnärztliche Approbation:

3. Angaben zur Person

Dienstanschrift:

Dienststelle: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Privatanschrift:

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ Mobil: _____

Email: _____

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

Antrag auf Anerkennung der neu eingeführten Facharztanerkennung in der 1. Änderungsfassung der WO 2020 vom 01.07.2023 gemäß Übergangsbestimmungen

4. Erklärung zur Weiterbildung/Tätigkeit

Ich erkläre und bestätige, dass...

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe. Ja Nein

wenn "ja" bei der Ärztekammer: _____

(Bitte Bescheid beifügen.)

... eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer _____ besteht. Ja Nein

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

Meine Weiterbildung/ärztliche Tätigkeit 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 Gebiets-, Schwerpunkt-, Zusatzbezeichnung, Fakultative Weiterbildung oder Fachkunde:

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

5. 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 zum Antragsformular für die Darstellung Ihres beruflichen Werdeganges!

Ort _____

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

Unterschrift _____

Fortsetzung auf der nächsten Seite ->

Antrag auf Anerkennung der neu eingeführten Facharztanerkennung in der 1. Änderungsfassung der WO 2020 vom 01.07.2023 gemäß Übergangsbestimmungen

Name: _____

beruflicher Werdegang																																										
	Zeitraum	Land	Dienstort	Abteilung und Name des leitenden Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit																																				
1	von: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit <table><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> h/Woche <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> %												
2	von: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit <table><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> h/Woche <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> %												
3	von: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit <table><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> h/Woche <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> %												
4	von: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit <table><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> h/Woche <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> %												
5	von: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit <table><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> h/Woche <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> %												
6	von: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> • <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												Ass. Arzt Oberarzt Leitender OA Sonstiges: _____	Teilzeit Vollzeit <table><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> h/Woche <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> %												

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Tätigkeiten/Weiterbildungszeiten 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

Antrag auf Anerkennung der neu eingeführten Facharztanerkennung in der 1. Änderungsfassung der WO 2020 vom 01.07.2023 gemäß Übergangsbestimmungen

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 personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist.

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