



## Vorprüfung von Weiterbildungsabschnitten für die

Facharztweiterbildung \_\_\_\_\_

Schwerpunktweiterbildung \_\_\_\_\_

Zusatzweiterbildung \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Dienststelle \_\_\_\_\_

Approbation seit \_\_\_\_\_

Promotion seit \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten:

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

1. beruflicher Werdegang
2. Zeugnisse über die Weiterbildung gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung (WBO)
3. Logbuch
4. Kursnachweis gemäß § 4 der WBO

Die Vorprüfung der Weiterbildungsabschnitte erfolgt gemäß Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Antrag zur Vorprüfung von Weiterbildungsabschnitten  
Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge**

zum Antrag: \_\_\_\_\_

vom: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

nur für Landesärztekammer:

Nr. \_\_\_ Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h/Woche  
davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h/Woche  
Ausfallzeiten \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_  
Abteilung \_\_\_\_\_  
Name des Weiterbilders \_\_\_\_\_ Weiterbildungsbefugnis: \_\_\_\_\_ Monate

Nr. \_\_\_ Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h/Woche  
davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h/Woche  
Ausfallzeiten \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_  
Abteilung \_\_\_\_\_  
Name des Weiterbilders \_\_\_\_\_ Weiterbildungsbefugnis: \_\_\_\_\_ Monate

Nr. \_\_\_ Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h/Woche  
davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ h/Woche  
Ausfallzeiten \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate  
Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_  
Abteilung \_\_\_\_\_  
Name des Weiterbilders \_\_\_\_\_ Weiterbildungsbefugnis: \_\_\_\_\_ Monate

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift