

## Antrag zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

nach WBO 2020



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

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dienststelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

### Kontaktdaten

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

Bei der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) erfolgreich abgeschlossene Weiterbildungen werden mit Ihrer Zustimmung im Brandenburgischen Ärzteblatt veröffentlicht.

Ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden.

Wir weisen darauf hin, dass die Zuständigkeit für die Durchführung des Anerkennungsverfahrens einschließlich des Prüfungsgesprächs durch die Landesärztekammer Brandenburg gemäß Heilberufsgesetz nur dann gegeben ist, wenn die Antragstellerin/der Antragsteller Mitglied der Landesärztekammer Brandenburg ist.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben und versichere, dass ich im Rahmen der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin alle Kognitiven- und Methoden- sowie Handlungskompetenzen lt. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg erlernt habe.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Dieser Antrag ist die Anmeldung zur Prüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens. Gemäß der Verwaltungsgebührenordnung der LÄKB werden die Prüfungsgebühren mit der Zulassung zur Prüfung fällig.**

**Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:**

- 1. Lebenslauf
- 2. Zeugnisse über die Weiterbildung \*
- 3. Dokumentation über die Teilnahme an Notarzteinsätzen im öffentlichen Rettungsdienst
- 4. Nachweis über die Teilnahme an 80 h Kursweiterbildung in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung
- 5. ggf. Nachweis über die Teilnahme an einem Simulationskurs

**Alle Unterlagen sind als Original oder amtlich beglaubigte Kopie einzureichen.**

\* Alle Weiterbildungszeugnisse müssen Angaben zum Weiterbildungszeitraum, Voll-/Teilzeit und Unterbrechungen sowie detaillierte Angaben über die während der Weiterbildungszeit im Einzelnen vermittelten Kenntnisse sowie die erworbenen Erfahrungen und Fertigkeiten beinhalten und eine Stellungnahme zur fachlichen Eignung zum Erwerb der beantragten Bezeichnung enthalten.

Folgende Seite(n):  
Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten

# Ärztliche Tätigkeiten/Kurse im Rahmen der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin

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

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

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

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

Facharztanerkennung: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

Beginn der Weiterbildung am: \_\_\_\_\_

nur für Landesärztekammer:

**Nr. 1**

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Unterbrechungen gemäß § 4 Abs. 4 WBO vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Name des Weiterbilders: \_\_\_\_\_ Weiterbildungsbefugnis: \_\_\_\_\_ Monate

**Nr. 2**

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

davon Teilzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Unterbrechungen gemäß § 4 Abs. 4 WBO vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Name des Weiterbilders: \_\_\_\_\_ Weiterbildungsbefugnis: \_\_\_\_\_ Monate

**Kurse**

Zeitraum vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Zeitraum vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_



**Erwerb der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin nach der Weiterbildungsordnung 2020**  
**Dokumentation über die Teilnahme an 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst**  
**(Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes**  
 (davon können bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines gemäß § 4 Absatz 8 sowie § 5 Absatz 1 anerkannten  
 Simulationskurses erfolgen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Bitte in Druckbuchstaben

Nr.	Datum	Einrichtung Einsatz-Nr.	NA-Einsatzindikation	Versicherung des anleitenden Notarztes, dass der Einsatz unter seiner Leitung stattfand (Stempel/Unterschrift)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**Erwerb der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin nach der Weiterbildungsordnung 2020  
 Dokumentation über die Teilnahme an 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsatzfahrzeug  
 oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nr.	Datum	Einrichtung Einsatz-Nr.	NA-Einsatzindikation	Versicherung des anleitenden Notarztes, dass der Einsatz unter seiner Leitung stattfand (Stempel/Unterschrift)
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				

Unterschrift und Stempel des Ärztlichen  
 Leiters Rettungsdienst des Landkreises/der Stadt \_\_\_\_\_

**Erwerb der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin nach der Weiterbildungsordnung 2020  
 Dokumentation über die Teilnahme an 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsatzfahrzeug  
 oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nr.	Datum	Einrichtung Einsatz-Nr.	NA-Einsatzindikation	Versicherung des anleitenden Notarztes, dass der Einsatz unter seiner Leitung stattfand (Stempel/Unterschrift)
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				

Unterschrift und Stempel des Ärztlichen  
 Leiters Rettungsdienst des Landkreises/der Stadt \_\_\_\_\_

**Erwerb der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin nach der Weiterbildungsordnung 2020  
 Dokumentation über die Teilnahme an 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsetzungsfahrzeug  
 oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nr.	Datum	Einrichtung Einsatz-Nr.	NA-Einsatzindikation	Versicherung des anleitenden Notarztes, dass der Einsatz unter seiner Leitung stattfand (Stempel/Unterschrift)
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				

Unterschrift und Stempel des Ärztlichen  
 Leiters Rettungsdienst des Landkreises/der Stadt \_\_\_\_\_

**Anlage zum Antrag zur Anerkennung der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin nach WBO 2020  
 Dokumentation über die Teilnahme an 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsatzfahrzeug oder  
 Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nr.	Datum	Einrichtung Einsatz-Nr.	NA-Einsatzindikation	Versicherung des anleitenden Notarztes, dass der Einsatz unter seiner Leitung stattfand (Stempel/Unterschrift)
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				

.....  
 Unterschrift und Stempel  
 des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst des Landkreises/der Stadt