

Antrag zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung

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.

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, sofern Weiterbildungszeiten gefordert sind *
- 3. elektronisches Logbuch
- 4. Nachweis über die Teilnahme an Kursen/Fallseminaren, sofern diese für die Weiterbildung erforderlich sind

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.

Ärztliche Tätigkeiten/Kurse im Rahmen der Zusatzweiterbildung

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: _____ Stunden

Veranstalter: _____

Zeitraum vom: _____ bis: _____ Stunden

Veranstalter: _____

Zeitraum vom: _____ bis: _____ Stunden

Veranstalter: _____

Zeitraum vom: _____ bis: _____ Stunden

Veranstalter: _____

Zeitraum vom: _____ bis: _____ Stunden

Veranstalter: _____

Sonst. Nachweise (z. B. Fallseminare, Praktische Behandlungen usw.)

Zeitraum vom: _____ bis: _____

Bescheinigung/ Zeugnis vom _____ befugter Arzt: _____

Zeitraum vom: _____ bis: _____

Bescheinigung/ Zeugnis vom _____ befugter Arzt: _____

