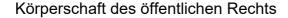
LANDESÄRZTEKAMMER BRANDENBURG





Antrag zur Aner	kennung einer Zus	atzbezeichnung				
Name:						
Vorname:						
Geburtsname:						
Geburtsdatum:		Geburtsort:				I
Privatanschrift:						
Dienststelle:						
Approbation seit:						
Promotion seit:						
Kontaktdaten						
Telefon:	E	E-Mail:				
im Brandenburgische	ammer Brandenburg (LÄ n Ärzteblatt veröffentlich eröffentlichung einverstar	t.	schlossene Weiterbildur	ngen werden mit Ihr	er Zustimmung	
durch die Landesärzt	ı, dass die Zuständigkeit ekammer Brandenburg g ztekammer Brandenburg	emäß Heilberufsgese			n des Prüfungsgespräches tellerin/der Antragsteller	
Ich bestätige durch m	eine Unterschrift die Ric	htigkeit meiner Angab	pen.			
Ort		Datam	Links as about			
Oit		Datum	Unterschrift			
	e Anmeldung zur Prüfu rüfungsgebühren mit d			ens. Gemäß der Ve	erwaltungsgebührenordnung d	er
Bitte fügen Sie folg	ende Unterlagen bei:					
1. Lebenslauf						
	r die Weiterbildung, sofe	ern Weiterbildungszei	ten gefordert sind *			
3. elektronisches	_	/C	iana dia a for dia NATA '	hilalona a setonolos (1971)	a transit	
□ 4. Nachweis übe	r die Teilnahme an Kurse	en/ranseminaren, soi	em diese iur die weiter	bildung ertorderlich	Sinu	

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

Name: Vorname: geboren am: Facharztanerkennung: seit: Beginn der Weiterbildung am:	desärztekammer:
Beginn der Weiterbildung am: Nr. 1	
Nr. 1 Zeitraum vom bis Monate davon Teilzeit vom bis Stunden/Woche Unterbrechungen gemäß § 4 Abs. 4 WBO vom bis Monate Weiterbildungsstätte Abteilung Name des Weiterbilders: Weiterbildungs-befugnis: Monate Nr. 2 Zeitraum vom bis Monate	desärztekammer:
Nr. 1 Zeitraum vom bis Monate davon Teilzeit vom bis Stunden/Woche Unterbrechungen gemäß § 4 Abs. 4 WBO vom bis Monate Weiterbildungsstätte Abteilung Weiterbildungs- befugnis: Monate	desärztekammer:
davon Teilzeit vom bis Stunden/Woche Unterbrechungen vom bis Monate gemäß § 4 Abs. 4 WBO vom bis Monate Weiterbildungsstätte Abteilung Name des Weiterbilders: Weiterbildungs- befugnis: Monate Nr. 2 Zeitraum vom bis Monate	
davon Teilzeit vom bis Stunden/Woche Unterbrechungen gemäß § 4 Abs. 4 WBO vom bis Monate Weiterbildungsstätte Abteilung Weiterbildungs- befugnis: Monate Nr. 2 Zeitraum vom bis Monate	
yom bis Monate Weiterbildungsstätte Abteilung Name des Weiterbilders: Weiterbildungs-befugnis: Monate Nr. 2 Zeitraum yom bis Monate	
yom bis Monate Weiterbildungsstätte Abteilung Name des Weiterbilders: Weiterbildungs-befugnis: Monate Nr. 2 Zeitraum yom bis Monate	
Weiterbildungsstätte Abteilung Name des Weiterbilders: Weiterbildungs- befugnis: Monate Nr. 2 Zeitraum Vom bis Monate	
Abteilung Name des Weiterbilders: Nr. 2 Zeitraum Vom bis Monate	
Name des Weiterbilders: Monate	
VOII	
VOII	
davon l'elizett vom bis Stunden/Woche	
Unterbrechungen vom bis Monate gemäß § 4 Abs. 4 WBO	
vom bis Monate	
Weiterbildungsstätte	
Abteilung	
Name des Weiterbilders: Monate 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. (z. B. Fallseminare, Praktische Behandlungen usw.) Nach-	
weise Zeitraum vom: bis:	
Bescheinigung/ Zeugnis vom befugter Arzt:	
Zeitraum vom: bis:	
Bescheinigung/ Zeugnis vom befugter Arzt:	