



Antrag zur Anerkennung einer Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung

Weiterbildungsordnung vom: _____

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Privatanschrift:

Telefon:

E-Mail privat:

Dienstanschrift:

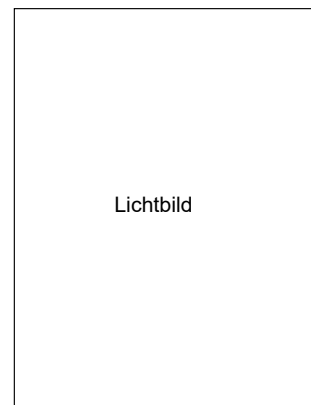
Telefon:

E-Mail dienstlich:

Approbation seit:

Promotion seit:

Staatsangehörigkeit:



Lichtbild

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

Ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

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

Ort

Datum

Unterschrift

Dieser Antrag ist die Anmeldung zur Prüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens. Gemäß § 3 Abs. 2 der Verwaltungsgebührenordnung der LÄKB werden die Prüfungsgebühren mit der Zulassung zur Prüfung fällig. Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

1. Lebenslauf
2. Zeugnisse der Weiterbildung (ggf. OP-Katalog, Leistungskatalog, Kursnachweis)
3. Dokumentation der Gespräche über den Stand der Weiterbildung gemäß § 8 (2) der Weiterbildungsordnung vom 26.10.2005
4. den Antrag betreffenden Schriftverkehr mit der LÄKB (z. B. bereits erfolgte Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten u. a.)

Alle Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopie einzureichen. Das letzte Zeugnis zur Weiterbildung in der beantragten Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung muss eine schriftliche Stellungnahme des Weiterbilders über die fachliche Eignung enthalten. Die eingereichten Unterlagen verbleiben bei der Landesärztekammer Brandenburg.

Sämtliche Weiterbildungszeugnisse müssen detaillierte Angaben über die in der Weiterbildungszeit im Einzelnen vermittelten Kenntnisse sowie die erworbenen Erfahrungen und Fertigkeiten beinhalten (§ 9 der Weiterbildungsordnung vom 26.10.2005).

Bei operativen Fächern ist der Operationskatalog mit Originalunterschrift des Chefarztes auf jeder Seite vorzulegen. Die Aufschlüsselung muss entsprechend den Richtlinien der Weiterbildungsordnung vorgenommen werden (www.laekb.de/weiterbildung/Weiterbildungsordnung).

Folgende Seite(n):
Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antrag: _____

vom: _____

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

nur für Landesärztekammer:

Nr. 1	Zeitraum vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	davon Teilzeit vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> h/Woche	
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	<input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	Weiterbildungsstätte: <input type="text"/>	
	Abteilung: <input type="text"/>	
	Name des Weiterbilders: <input type="text"/> Weiterbildungsbefugnis: <input type="text"/> Monate	

Nr. 2	Zeitraum vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	davon Teilzeit vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> h/Woche	
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	<input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	Weiterbildungsstätte: <input type="text"/>	
	Abteilung: <input type="text"/>	
	Name des Weiterbilders: <input type="text"/> Weiterbildungsbefugnis: <input type="text"/> Monate	

Nr. 3	Zeitraum vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	davon Teilzeit vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> h/Woche	
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	<input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	Weiterbildungsstätte: <input type="text"/>	
	Abteilung: <input type="text"/>	
	Name des Weiterbilders: <input type="text"/> Weiterbildungsbefugnis: <input type="text"/> Monate	

Nr. 4	Zeitraum vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	davon Teilzeit vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> h/Woche	
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	<input type="text"/> bis: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate	
	Weiterbildungsstätte: <input type="text"/>	
	Abteilung: <input type="text"/>	
	Name des Weiterbilders: <input type="text"/> Weiterbildungsbefugnis: <input type="text"/> Monate	

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge

zum Antrag: _____

vom: _____

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

nur für Landesärztekammer:

Nr. 5	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	Monate	
		befugnis:				

Nr. 6	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	Monate	
		befugnis:				

Nr. 7	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	Monate	
		befugnis:				

Nr. 8	Zeitraum vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	davon Teilzeit vom:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h/Woche
	Ausfallzeiten gemäß § 4 (4) der WBO vom 26.10.2005:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
		<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
	Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				
	Abteilung:	<input type="text"/>				
	Name des Weiterbilders:	<input type="text"/>	Weiterbildungs-	<input type="text"/>	Monate	
		befugnis:				