



Antrag zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____

Dienststelle: _____

Approbation seit: _____

Promotion seit: _____

Lichtbild

Kontaktdaten

Telefon: _____ E-Mail: _____

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.

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 der Antragsteller/die Antragstellerin Mitglied der Landesärztekammer Brandenburg ist.

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen bei:

1. Beruflicher Werdegang
2. Zeugnisse über die Weiterbildung gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung (WBO)
3. Logbuch
4. Kursnachweis gemäß § 4 der WBO
5. den Antrag betreffenden Schriftverkehr mit der LÄKB
(z. B. bereits erfolgte Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten o. ä.)

Alle Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopie einzureichen. Die eingereichten Unterlagen verbleiben bei der Landesärztekammer Brandenburg.

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 in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift

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: _____