



Antragsteller: _____ geboren am: _____

Anlage zum Antrag zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung "Palliativmedizin"

Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg vom 26.10.2005 Nachweis über die Erfüllung der Richtlinien (Zusammenfassung)

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl	Weiterbildungsabschnitt	
		Nr. 1	Nr. 2
dokumentierter Nachweis der Versorgung von Palliativpatienten	25		

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Weiterbildungsbefugten