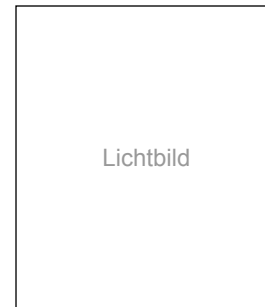




**Antrag auf Anerkennung einer abgeschlossenen Berufsqualifikation oder einer Weiterbildung aus dem Gebiet der Europäischen Union**

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort/-land \_\_\_\_\_  
 Dienststelle \_\_\_\_\_



**Kontaktdaten**

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Medizinstudium**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Diplom ausgestellt am \_\_\_\_\_ in (Land) \_\_\_\_\_

**Weiterbildung in der Fachrichtung:** \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

o d e r

**Facharztanerkennung:** \_\_\_\_\_

Urkunde/Diplom ausgestellt am \_\_\_\_\_ in (Land) \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

nur für Landesärztekammer:

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

1	Identitätsnachweis			
2	Abschluss Medizinstudium/Diplom			
3	Approbation			
4	Lebenslauf/beruflicher Werdegang			
5	Nachweise/Zeugnisse über die Weiterbildung zum Facharzt			
6	Urkunde/Diplom Berufsqualifikation (Facharzt)			
7	Bescheinigung der zuständigen Behörde aus der hervorgeht, dass eine Weiterbildung absolviert wurde, die mit den Mindestkriterien der Richtlinie 2005/36/EG konform ist (Konformitätsbescheinigung)			
8	Tätigkeitsnachweise/Bescheinigungen über die Berufspraxis nach Facharztabschluss			

Soweit die unter Nrn. 1 bis 9 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich **in amtlich beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen für Deutschland öffentlich bestellten oder beidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde.**

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung gestellt habe, noch dass ein Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung abgewiesen worden ist bzw. ein Berufungsverfahren anhängig ist.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift



**Antrag auf Anerkennung einer abgeschlossenen Berufsqualifikation oder einer Weiterbildung aus dem Gebiet der Europäischen Union vom \_\_\_\_\_**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

nur für Landesärztekammer:

Nr. 1	Zeitraum	vom _____ bis _____ Monate	
	Teilzeit	vom _____ bis _____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____	
	Abteilung	_____	
	Chefarzt	_____	
Nr. 2	Zeitraum	vom _____ bis _____ Monate	
	Teilzeit	vom _____ bis _____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____	
	Abteilung	_____	
	Chefarzt	_____	
Nr. 3	Zeitraum	vom _____ bis _____ Monate	
	Teilzeit	vom _____ bis _____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____	
	Abteilung	_____	
	Chefarzt	_____	
Nr. 4	Zeitraum	vom _____ bis _____ Monate	
	Teilzeit	vom _____ bis _____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____	
	Abteilung	_____	
	Chefarzt	_____	
Nr. 5	Zeitraum	vom _____ bis _____ Monate	
	Teilzeit	vom _____ bis _____ h/Woche	
	Krankenhaus	_____	
	Abteilung	_____	
	Chefarzt	_____	

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_