



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 _____