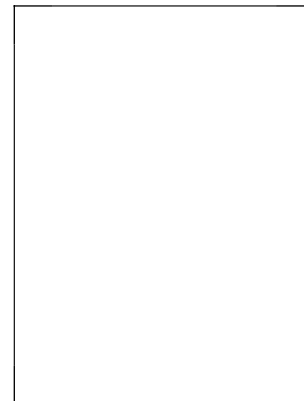




Antrag zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung



Weiterbildungsordnung vom: 26.10.2005 20.07.2020

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____

Dienststelle: _____

Approbation seit: _____

Promotion seit: _____

Kontaktdaten

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bei der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) 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 Prüfungsgesprächs 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 der Verwaltungsgebührenordnung der LÄKB werden die Prüfungsgebühren mit der Zulassung zur Prüfung fällig.

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- 1. Lebenslauf
- 2. Zeugnisse über die Weiterbildung *
- 3. elektronisches Logbuch **
- 4. Nachweis über die Teilnahme an Kursen, sofern diese für die Weiterbildung erforderlich sind

Alle Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopie einzureichen.

* Alle Weiterbildungszeugnisse müssen Angaben zum Weiterbildungszeitraum, Voll-/Teilzeit und Unterbrechungen sowie detaillierte Angaben über die während der Weiterbildungszeit im Einzelnen vermittelten Kenntnisse sowie die erworbenen Erfahrungen und Fertigkeiten beinhalten und eine Stellungnahme zur fachlichen Eignung zum Erwerb der beantragten Bezeichnung enthalten.

**Für Anträge zur Anerkennung nach § 20 Allgemeine Übergangsbestimmungen der WBO 2020 ist weiterhin das Logbuch in Papierform einzureichen.

Folgende Seite(n):
Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten

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: _____