

Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten außerhalb des Gebietes der Europäischen Union (Drittstaaten)

1 Anerkennung für die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für

2 Land (Drittstaat) in dem die Weiterbildungszeiten absolviert wurden

3 Angaben zum Antragstellenden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

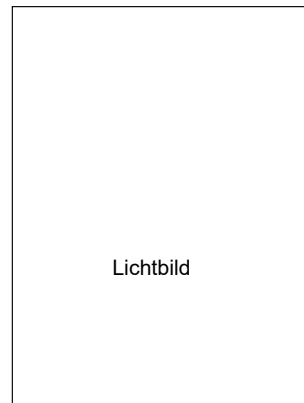
Geburtsland: _____

4 Kontaktdaten

Telefon: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift: _____



Lichtbild

Kammermitglied LÄKB seit:

Deutsche Approbation seit:

Anerkennung nach WBO 2005

Anerkennung nach WBO 2020

5 Musste für die Erteilung der Approbation eine Kenntnisprüfung abgelegt werden?

Nein Ja, am: _____

6 Angaben zur Weiterbildung im Drittstaat

Medizinstudium von: _____ bis: _____ in welchem Land: _____

Abschluss am: _____ Institution (Name der Universität): _____

7 Weiterbildung

Bezeichnung der Weiterbildung / Spezialisierung / Qualifikation im Drittstaat:

Weiterbildung von: _____ bis: _____ in welchem Land: _____

Weiterbildung abgeschlossen: Ja, am: _____ Nein

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Aktueller beruflicher Werdegang
- Nachweise/Zeugnisse über die Weiterbildung im Drittstaat
- Nachweise/Zeugnisse über Berufserfahrung nach Weiterbildung (wenn relevant und vorhanden)
- Nachweis über die Erteilung der Approbation ohne das Ablegen einer Kenntnisprüfung

Achtung: Insofern die erforderlichen Nachweise und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind diese zusätzlich in amtlich beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen für Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurden. Sämtliche Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopien oder Originalen vorzulegen!

Ort

Datum

Unterschrift

Tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung (ggf. über die Berufspraxis)

Name: _____

Vorname: _____

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 _____	