



Antrag auf automatische Anerkennung einer Facharztqualifikation aus dem Gebiet der EU, dem EWR und der Schweiz* nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG

1 Automatische Anerkennung der Facharztqualifikation für (Bezeichnung gemäß WBO)

2 Mitgliedsstaat (EU/EWR/Schweiz) in dem die Qualifikation erworben wurde

3 Angaben zum Antragstellenden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

4 Kontaktdaten

Telefon: _____ E-Mail: _____

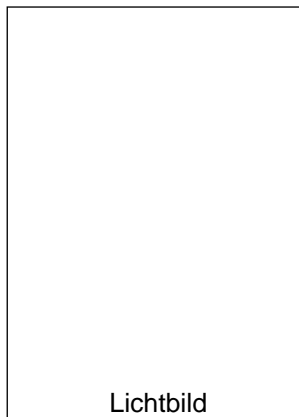
Privatanschrift _____

5 Angaben zur Facharztqualifikation

Bezeichnung der Qualifikation im Mitgliedsstaat _____

Ausstellungsdatum des Nachweises: _____ (TT.MM.JJ)

Bezeichnung (Name) der ausstellenden Stelle: _____



Kammermitglied LÄKB seit: _____

Deutsche Approbation seit: _____

Qualifikation ist in der Richtlinie enthalten?

Ja Nein

Konformitätsbescheinigung vorhanden?

Ja Nein

Dieser Antrag ist gemäß der Beitragsordnung der Landesärztekammer Brandenburg kostenpflichtig

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (Anlagen):

1. Beruflicher Werdegang
2. Facharzturkunde/Ausbildungsnachweis des Mitgliedsstaates
3. Konformitätsbescheinigung der zuständigen Behörde des Mitgliedsstaates

Bitte legen Sie die **Facharzturkunde/Ausbildungsnachweis** und die **Konformitätsbescheinigung** in **beglaubigter Kopie und in amtlich beglaubigter Übersetzung** vor (Übersetzung durch einen in Deutschland lebenden und öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer/ Dolmetscher).

Ich versichere, dass ich bei **keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf automatische Anerkennung** nach EU-Anerkennungsrichtlinie gestellt habe, noch, dass ein Antrag auf automatische Anerkennung abgewiesen worden ist bzw. ein Berufungsverfahren anhängig ist.

* Rechtliche Grundlage für die Anerkennung von Qualifikationen aus der Schweiz ist das Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

_____ Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift