



Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Angestrebte Qualifikation gemäß Weiterbildungsordnung

Gebiet/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung

Für die Bearbeitung des Antrages auf Anerkennung fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung eine Gebühr an. Diese wird mit Eingang Ihres Antrages fällig und ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages. Bitte überweisen Sie die Verwaltungsgebühr erst nach Erhalt der Eingangsbestätigung.

2. Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsdatum: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Vorname: _____ Geburtsort/Land: _____

Akad. Grad(e): _____ Staatsangehörigkeit: _____

Datum Promotion: [] [] . [] [] . [] [] [] [] Ort: _____

Datum Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Datum zahnärztliche Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

3. Anschrift und Kontakt

Dienstanschrift

Dienststelle: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____

Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten



Vorname: _____

Nachname: _____

Ich bitte um Anerkennung folgender Weiterbildungszeiten						
	Zeitraum	Land	Weiterbildungsstätte, (Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.)	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
2	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
3	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
4	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
5	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
6	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %
7	von [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] [] bis [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [] [] h/Woche [] [] [] %

Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten



Vorname: _____

Nachname: _____

5. Unterbrechungen

von: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

bis: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

Grund: _____

von: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

bis: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

Grund: _____

von: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

bis: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

Grund: _____

von: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

bis: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

Grund: _____

6. Erklärungen

Ich erkläre und bestätige, dass....

ich bei keiner anderen deutschen Ärztekammer den gleichen Antrag gestellt habe.

eine Bewertung bereits durch die Ärztekammer _____ erfolgt ist (Bitte Bescheid beifügen)

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Pfalz.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum: [] [] [] . [] [] [] . [] [] [] [] []

Ort

Unterschrift

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

1. ausführliche Weiterbildungszeugnisse
2. dazugehöriger Arbeitsvertrag

Nur bei vollständiger Vorlage der genannten Unterlagen ist Ihr Antrag prüffähig!

Gemäß Gebührenordnung der Bezirksärztekammer Pfalz werden für diese Anträge Gebühren erhoben.