

BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch in der Fachkunde Geriatrie gem. WbO 2006 i.d.F. vom 02.02.13

zum Facharzt/zur Fachärztin		
im Schwerpunkt		
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Privatanschrift:		
Dienstanschrift:		
Staatsangehörigkeit:		
Berufserlaubnis am:	Ort:	
Approbation am:	Ort:	
Promotion am:	Ort:	
Folgende Anerkennung(en) wurde(n) mir bisher durch eine Ärztekammer erteilt (bitte Angabe mit Erteilungsdatum): _____		
Telefon: Klinik:	Privat:	Telefax:
e-Mail:		
Hiermit erkläre ich, dass - ich z. Zt. bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung gestellt habe, - in keinem Fall ein Antrag von mir auf Anerkennung, wegen Nichtbestehens der Prüfung bzw. Nichterfüllung der Voraussetzungen, abgewiesen worden ist oder noch ein Berufungsverfahren hinsichtlich einer Anerkennung läuft: - falls doch, nähere Angaben als Anlage beifügen - Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (ausgenommen der tarifliche Jahresurlaub) unterbrochen waren. - Meine Weiterbildung wurde unterbrochen: von: _____ bis: _____ durch: _____		
Ort/Datum: _____	Unterschrift: _____	

BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

Fachkunde Geriatrie

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Anerkennung als Facharzt für _____

wurde am: _____

durch die Ärztekammer: _____

erteilt.

12 Monate unter Aufsicht und Anleitung eines Weiterbildungsbefugten für Geriatrie. Die Weiterbildung kann auch berufsbegleitend erfolgen

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 40 Stunden in Geriatrie

von: _____ bis: _____ wo: _____

40 Stunden Hospitation an einer gemäß § 6 anerkannten Weiterbildungsstätte für Geriatrie

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

Auflistung von 80 dokumentierte Behandlungsfälle bei Patienten mit mindestens zwei geriatrischen Krankheitsbildern (z.B. Demenz, diabetisches Spätsyndrom, chronische Ulzera etc.)

Hier bitte separate Liste einreichen, wie nachfolgend aufgeführt:

- Datum des Behandlungsbeginns
- Angabe von Initialen
- Angabe des Lebensalters
- Nennung von mindestens zwei geriatrischen Krankheitsbildern

Bestätigung, dass die zuvor getätigten Angaben der entsprechenden Patienten im Praxiscomputer, in der Karteikarte oder in Krankenhausunterlagen entsprechend dokumentiert sind.