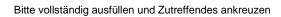
# **Antrag auf Anerkennung**





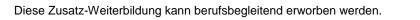
1. Antrag							
Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung							
Palliativmedizin							
Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden. Hierzu stellen Sie <b>vorab</b> einen gesonderten Antrag.							
2. Angaben zur Person							
Name: Geburtsdatum:     .     .							
Vorname:							
Geburtsort/Land: Akad. Grad(e):							
Staatsangehörigkeit:							
Datum Promotion:          Ort:							
Datum Approbation:							
Datum zahnärztliche Approbation: L.							
3. Anschrift und Kontakt Dienstanschrift							
Dienststelle:							
Straße: Telefon:							
PLZ/Ort: E-Mail: Privatanschrift							
Straße: Mobil:							
PLZ/Ort: E-Mail: Telefon:							

# **Antrag auf Anerkennung**



vorname:	Nachname:	<del></del>	(AMMER PFALZ
4. Bisher erworbene Bezeichnungen			
Facharzt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer	
Facharzt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer	
Facharzt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer	
Facharzt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer	
5. Erklärung zur Weiterbildung			
Ich erkläre und bestätige, dass			
ich einen Antrag auf Anerkennung bereit	s bei einer anderen Ärztekammer g	estellt habe.   □ Ja	□ Nein
wenn "ja" bei der Ärztekammer:		(Bitte Beschei	d beifügen.)
eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekan	nmer	besteht. 🗆 🤇	Ja □ Nein
die in meinen Zeugnissen und Nachweise	en aufgeführten Weiterbildungszeite	n,	
außer dem üblichen Urlaub nicht unterbroch	nen worden sind.	□ Ja	□ Nein
Falls "Nein"			
Meine Weiterbildung wurde wegen		unterbrochen.	
(z.B. Mutterso	chutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)		
Zeiträume der Unterbrechungen:			
von:	bis: L . L .		
Grund:			-
von:	bis:		
Grund:			-
von:	bis:		

## Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung **Palliativmedizin**





Vorname:		Nachname:			IMER PFALZ
Zusatz-Weiterbildung Palliat	ivmedizin	Auszua WBO 2022			
Definition	Die Zusatz-\ petenz die E tenen und fo Umfelds und	Weiterbildung Palliativr Behandlung und Beglei ortschreitenden Erkran d unter Berücksichtigur	tung von Pati kung mit dem ng der individ	sst in Ergänzung zu eindienten mit einer unheilba n Ziel, unter Einbeziehur uellen psychischen und nöglich positiv zu beeinfl	aren, fortgeschrit- ng des sozialen spirituellen Situ-
	und zusätzli  40 \$ und zusätzli  120 Die terb und zusätzli  Pall (Na	ch Stunden Kurs-Weiterl ch Stunden Fallseminar Fallseminare können d ildungsstätten ersetzt o ch liativmedizin gemäß V chweise in Form von Z	pildung gema re unter Supe durch 6 Mona werden. Veiterbildung deugnissen ur	ite Weiterbildung unter E sinhalten unter Befugnis nd/oder Logbüchern beif	ativmedizin" Befugnis an Wei-
Facharztanerkennung in eine	em Gebiet		Patientenve		
Facharzt		Datum der Anerkennung		Ausstellende Kammer	
Anerkannte Kurse für Palliat	ivmedizin	(40 Stunden)			
Zeitraum			Kurs und Verar	nstalter	Stunden
1 von 2 von	bis  bis  bis	<u> </u>			
3 von	bis				
4 von	bis				
Fallseminare Palliativmedizi	n (120 Stur	nden)			
Zeitraum			Kurs und Verar	nstalter	Stunden
2 von	bis  bis  iiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii				
3 von	bis				

# Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin



Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

,	Vorname:		Nachname:			THE REPORT OF THE PARTY OF THE
V	Veiterbildungszeit  Zeitraum	Land	Aufstellung der Weiterbildungsstätte, Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von				☐ Ass. Arzt ☐ Oberarzt ☐ Leitender OA ☐ sonstiges	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ I h/Woch
2	von				☐ Ass. Arzt ☐ Oberarzt ☐ Leitender OA ☐ sonstiges	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ h/Woch
[	O dokumentierte Behandlungs Die 20 dokumentierte Behandl Die Fälle sind dem Antrag als A	ungsfälle sind nlage beigefügt	□ Ja □ Nein		ende Nachweise siehe C	Checkliste belegt
sin ka Mi bil	id. Bitte legen Sie die betreffenden Zeummer Pfalz.  It meiner Unterschrift bestätige ich, die F dung zur Kenntnis genommen habe und	gnisse in beglaubigt Richtigkeit der o. a. A	er Kopie vor, sämtliche z Angaben, dass ich die be	Zeugnisse und Nachwo	eise verbleiben bei der E zum Datenschutz der Ab	Bezirksärzte-
0	 rt		Unte	erschrift		<del></del>

### Anlage II zum Antragsformular auf Anerkennung einer Bezeichnung

#### INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß den Artikeln 13 und 14 der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Bezirksärztekammer Pfalz zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

#### I. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrem Anliegen nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann jedoch unter Umständen eine Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich insbesondere aus § 3 Abs. 3 Nr. 4 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz. Nach § 3 Abs. 2 Nr. 7 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz ist es u.a. Aufgabe der Ärztekammer, die Weiterbildung nach Maßgabe dieses Gesetzes zu regeln sowie fachliche Qualifikationen zu bescheinigen.

Ebenfalls hat die Kammer die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen.

#### II. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können die zuständigen Beschäftigten der Abteilung Weiterbildung der Bezirksärztekammer Pfalz sein. Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich Ihres Anliegens. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlungvon Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Fachbegutachter).

#### III. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange und in dem Umfang auf, wie dies erforderlich oder gesetzlich vorgesehen ist.

#### **IV. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung zu. Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist.

## Anlage II zum Antragsformular auf Anerkennung einer Bezeichnung

#### **INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ**

- 2. Seite -

#### V. KONTAKTDATEN DES VERANTWORTLICHEN

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Name: Bezirksärztekammer Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift: Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt/Weinstraße

Tel.: 06321/9284-0 Fax.: 06321/9284-60 E-Mail: info@aek-pfalz.de

Homepage: <a href="http://www.aek-pfalz.de">http://www.aek-pfalz.de</a>

Datenschutzbeauftragter der Bezirksärztekammer Pfalz:

Name: Herr Berthold Geiger

Anschrift: Friedrichstraße 9, 69469 Weinheim

Tel.: 06201 2559688

E-Mail: <u>bertholdgeiger@t-online.de</u>

#### VI. ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE FÜR DIE BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ:

Name: Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Rheinland-Pfalz

Anschrift: Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

Tel.: 06131/892-0

Fax.: 06131/892-299