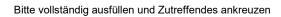
# **Antrag auf Anerkennung**





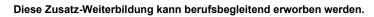
1. Antrag					
Ich beantrage die Anerkennung der Zusatz	:bezeichnung				
Akupunktur					
Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufse Hierzu stellen Sie <b>vorab</b> einen gesonderte	erlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden. n Antrag.				
2. Angaben zur Person					
Name:	Geburtsdatum:				
Vorname:					
Akad. Grad(e):	Geburtsort/Land:				
rikad. Grad(o).	Staatsangehörigkeit:				
Datum Promotion:					
Datum Approbation:					
Datum zahnärztliche Approbation:					
3. Anschrift und Kontakt Dienstanschrift					
Dienststelle:					
Straße:					
PLZ/Ort:	E-Mail:				
<u>Privatanschrift</u>					
Straße:					
PLZ/Ort:					
	Telefon:				

# Antrag auf Anerkennung



Vorname:	Nachname:		KAMMER PFALZ
4. Bisher erworbene Bezeichnungen		<u> </u>	
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			
o. Lindrang zar Wolterbliading			
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 Besche	id beifügen.)
…eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammerbesteht. □ Ja □			
die in meinen Zeugnissen und Nachweise	en aufgeführten Weiterbildungszeite	en,	
außer dem üblichen Urlaub nicht unterbroch	nen worden sind.	□ Ja	□ Nein
Falls "Nein"			
Meine Weiterbildung wurde wegen		unterbrochen.	
(z.B. Mutters	chutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)		
Zeiträume der Unterbrechungen:			
von:	bis:		
Grund:			_
von:     .     .	bis:       .       .		
	ыо. <u> </u>		
Grund:			_
von:	bis:		
Grund:			

# Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Akupunktur





Vorname:		Nachname:		····	
Zusatz-Weiterbildung Akup	unktur Aus	zug WBO 2022			
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	tenz die the Areale der h gewiesen is  Fach und zusätzli 200 und zusätzli Akt	harztanerkennung in <u>ich</u> ) Stunden Kurs-Wei	ssung von Kör ch Akupunktur einem Gebiet o terbildung gel eiterbildungsinh	perfunktionen über d techniken, für die eir der unmittelbaren Pa mäß § 4 Absatz 6 in nalten unter Befugnis	lefinierte Punkte und ne Wirksamkeit nach- tientenversorgung "Akupunktur"
Facharztanerkennung in eir			-		<del></del>
Facharzt		Datum der Anerkennung		Ausstellende Kammer	
Anerkannte Kurse für Akup	unktur (200	Stundon)			
Zeitraum	uliktur (200	o Sturiueri)	Kurs und Vera	nstalter	Stunden
1 von	bis	·			
2 von	bis	·			
3 von	bis				
4 von	bis	·			
5 von	bis				
6 von	bis	·			
7 von	bis	·			
Bitte beachten Sie, dass die ausgeführter Bitte legen Sie die betreffenden Zeugniss Bezirksärztekammer Pfalz. Mit meiner Ur der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis bin.	e in beglaubigte terschrift bestät	er Kopie vor, sämtliche Ze tige ich, die Richtigkeit der	ugnisse und Nach · o. a. Angaben, da	weise verbleiben bei der ass ich die beigefügte Info	ormation zum Datenschutz
Datum:       ·       ·					
Ort		  Ur	terschrift		

## 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: bertholdgeiger@t-online.de

## 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