

Antrag zur Bewertung im Ausland absolvieren 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 zur Bewertung im Ausland absolvieren 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 zur Bewertung im Ausland absolvieren Weiterbildungszeiten



BEZIRKSÄRZTE
KAMMER PFALZ

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

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

Checkliste

Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

Bitte fügen Sie Ihrer Anfrage folgende Unterlagen als beglaubigte Kopie vollständig bei:

→ Die Anlagen sind zu nummerieren

1. Identitätsnachweis (Kopie Ausweis/Pass)
2. tabellarische Aufstellung beruflicher Werdegang (Lebenslauf)
3. ausführliche Weiterbildungszeugnisse
4. Leistungskataloge (z.B. OP-Katalog, Logbücher)
5. Bescheinigung von der zuständigen Behörde oder Stelle darüber, dass die abgeleisteten Weiterbildungsabschnitte an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte absolviert wurden
6. deutsche Approbationsurkunde
7. Schreiben der Approbationsbehörde aus der hervorgeht, zu welchem Zeitpunkt die Gleichwertigkeit Ihrer ärztlichen Grundausbildung bestand
8. Urkunde Ihrer ausländischen Anerkennung als Arzt / Approbation im Herkunftsland)
9. Zeugnis über aktuellen Leistungsstand, welches vom aktuellen Weiterbilder ausgestellt wurde

Wir möchten darauf hinweisen, dass alle benötigten Unterlagen 2-fach bei uns eingereicht werden müssen.

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

Sofern einzelne Unterlagen nicht beigebracht werden können, bitten wir um schriftliche Begründung

Die Dokumente müssen folgende Vorgaben erfüllen:

- Alle Dokumente sind im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie einzureichen.
 - Für alle ausländischen Dokumente benötigen wir zusätzlich eine deutsche Übersetzung, vorgenommen von einem in Deutschland amtlich beeidigten Übersetzer (www.justiz-dolmetscher.de)
 - Das ausländische Dokument muss untrennbar mit der Übersetzung verbunden sein.