



# ANFRAGE WEITERBILDUNGSZEUGNIS

ID: \_\_\_\_\_  
(wird von der Ärztekammer ausgefüllt)

## Für die Bezeichnung:

(Hier ist die angestrebte Weiterbildungscompetenz gemäß Weiterbildungsordnung eintragen.)

gemäß WBO 2020

gemäß WBO 2011

(Weiterbildung wurde vor dem 1.7.2020 begonnen)

Name, Vorname, Titel:

Kontaktadresse:

Tel.-Nr. für Rückfragen\*:  E-Mail\*:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

deutsche Approbation, erteilt am:  Promotion, erteilt am:

Aktuelle Dienstanschrift:

Ich benötige die Bewertung für einen Antrag auf Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V und bitte um Weitergabe einer Kopie des Schreibens an die **Kassenärztliche Vereinigung S.-H.**

Ich habe nach selbstständiger Überprüfung gemäß Checkliste konkrete Fragen zu meinem Zeugnis (Angaben hierzu auf Seite 2)

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\*freiwillige Angabe

## Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- ▶ Ggf. Schreiben anderer Ärztekammern über die Bewertung von Weiterbildungszeugnissen
- ▶ Weiterbildungszeugnisse (Checkliste zur Erstellung eines Weiterbildungszeugnisses siehe Anlage)

(Stand 17.03.2022)

# Anhang

## „Bewertung von Weiterbildungszeugnissen“

Name, Vorname, Titel:

### Chronologische Auflistung beigefügter Zeugnisse (Kopien):

(Ohne Vorlage von Zeugnissen ist eine Bewertung nicht möglich.)

Lfd. Nr.	Datum des Zeugnisses	Weiterbildung von bis		Wöchentliche Arbeitszeit	Weiterbildungsstätte (Klinik/Praxis)	Weiterbildung erfolgte in der Bezeichnung:
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Konkrete Fragestellung: