



Achtung:

Dieses Formular nur verwenden, wenn bereits eine Befugnis nach **2020er Weiterbildungsordnung** ausgesprochen wurde.

ÄNDERUNG DER WEITERBILDUNGSBEFUGNIS

Befugnispartner ausgeschieden

(Im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung „Arzt“/„Ärzte“ einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet)

Dieses Antragsformular ist von jedem Antragsteller einzeln auszufüllen und einzureichen

ID: _____
(wird von der Ärztekammer ausgefüllt)

Facharztkompetenz

Schwerpunktkompetenz

Zusatz-Weiterbildung

(entsprechende Bezeichnung eintragen)

für den Umfang von **Monaten.**

Die Befugnis zur Weiterbildung beantrage ich, da mein Befugnispartner
zum ^(Datum) **ausscheidet/ausgeschieden ist.**

Die neue Befugnis beantrage/n ich/wir

allein (Einzelbefugnis)

gemeinsam mit folgenden Ärzten (Team-/Verbundbefugnis):

Ansprechpartner (nur bei Team-/Verbundbefugnissen):

Angaben zur Person des Antragstellers:

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Haupttätigkeit: Std./Woche*: seit:

Weitere ärztl. Tätigkeiten (mit Stundenangabe): (z. B. weitere Chefarzt Tätigkeiten, Niederlassung, Forschung, etc.)

* Sofern Sie in Teilzeit tätig sind, ist zu erläutern, wie eine ganztägige Weiterbildung unter Anleitung in der entsprechenden Weiterbildungsstätte gewährleistet wird, ggf. kumulativ mit Befugnispartner.

für folgende Weiterbildungsstätte/n: (Name, Anschrift)

(Bei einer Verbundbefugnis mit mehreren Stätten sind alle Adressen einzutragen.)

Ich beziehe mich auf die vorliegenden Antragsunterlagen aus dem Jahr .

(Bitte beachten Sie, dass diese nicht älter als 5 Jahre sein dürfen. Andernfalls sind neue Antragsunterlagen einzureichen.)

Hiermit versichere ich, dass die **Angaben aus dem Ursprungsantrag** weiterhin Bestand haben, auch wenn mein Befugnispartner ausscheidet (Personal, Ausstattung, Patientenzahl, Fallzahlen etc.).
(Falls sich Änderungen ergeben haben, bitte genau schriftlich erläutern.)

Hiermit versichere ich, dass weiterhin eine **ganztägige Weiterbildung unter persönlicher Anleitung** sichergestellt wird. (Falls nicht, oder bei mehr als einem Standort, bitte genau schriftlich darlegen.)

Als angestellter Arzt bestätige ich, dass ich in Weiterbildungsangelegenheiten weisungsungebunden bin

Datum/Ort

Unterschrift des Antragstellers

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers

Dem Antrag sind zudem folgende Anlagen beizufügen:

Anlage 1 modifizierter Weiterbildungsplan (von allen Antragstellern unterschrieben)