



**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  <sup>(Datum)</sup> **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 Chefarztstätigkeiten, 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)