



# ANTRAG AUF ANERKENNUNG

einer Bezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung (gemäß WBO 2020)

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

Hiermit beantrage ich die Anerkennung der

- Facharztbezeichnung   
 gemäß WBO 2011 (Übergangsbestimmungen)
- Schwerpunktbezeichnung
- Zusatzbezeichnung

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

Tel.-Nr. für Rückfragen\*:  E-Mail\*:

\* freiwillige Angabe

Kontaktadresse: (Straße/PLZ, Ort)

Aktuelle Dienstanschrift:

Ich bin bereits Fachärztin/arzt:  Ja, für   
 Nein

Hiermit erkläre ich, dass zu der beantragten Bezeichnung **kein Anerkennungsverfahren** bei einer anderen Ärztekammer anhängig ist.

Nach bestandener Prüfung, bin ich mit einer **Veröffentlichung** im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt in der Rubrik „Erteilte Anerkennungen“ einverstanden.

Ja  Nein (Ein Nein hat keine Nachteile zur Folge)

**Bitte 2. Seite beachten**

Name, Vorname, Titel:

**Weiterbildungsgang:**

Aufstellung der Weiterbildungszeiten für die angestrebte Bezeichnung (entfällt bei Kurs-Weiterbildung):

Zeitraum TT.MM.JJ	Weiterbildungsstätte (Klinik/Praxis)	Abteilung	Name des/der zur Weiterbildung befugten Arztes/Ärztin	Arbeitszeit
von <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 190px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 130px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px; height: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> h/Woche
von <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 190px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 130px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px; height: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> h/Woche
von <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 190px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 130px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px; height: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> h/Woche
von <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 190px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 130px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px; height: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> h/Woche

Für weitere Zeiten bitte ein Beiblatt verwenden.

Meine Weiterbildung wurde von  bis  unterbrochen.

Meine Weiterbildung wurde von  bis  unterbrochen.

(Ort, Datum)

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

**Hinweis:**

- ▶ Dieses Anerkennungsverfahren ist an die Kammermitgliedschaft in der Ärztekammer Schleswig-Holstein gebunden. Mit Ausscheiden endet unsere Zuständigkeit.
- ▶ Ein Antrag auf Anerkennung einer Bezeichnung ist gemäß § 11 der Weiterbildungsordnung erst durch den Nachweis der fachlichen Kompetenz nach Erfüllung der vorgeschriebenen Mindestanforderungen (Weiterbildungszeit und -inhalte) rechtswirksam gestellt.
- ▶ **Prüfungstermine** werden nach erteilter Zulassung zur Prüfung von der Ärztekammer vergeben. Eine vorherige Reservierung ist nicht möglich. Gerne können Sie uns Ihre Wünsche bezüglich eines Prüfungstermins mitteilen, wobei die Berücksichtigung nicht garantiert werden kann:

schnellstmöglich

ab Monat

bitte nicht in folgendem Zeitraum