



ANFRAGE ZUR BEWERTUNG VON WEITERBILDUNGSZEITEN (ANHAND BEIGEFÜGTER ZEUGNISSE)

ID: _____
(wird von der Ärztekammer ausgefüllt)

Für die Bezeichnung:

(Hier bitte 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 bitte um Weitergabe einer Kopie des Schreibens an die Kassenärztliche Vereinigung S.-H.

(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)

Hinweis:

Für Nicht-Mitglieder wird die Bewertung bei Vorliegen eines berechtigten Interesses kostenpflichtig vorgenommen.

(Stand 01.07.2020)

Anhang

„Bewertung von Weiterbildungszeiten“

Name, Vorname, Titel:

Chronologische Auflistung beigefügter Zeugnisse (Kopien):

(Ohne Vorlage von Zeugnissen ist eine Bewertung nicht möglich, für laufende Abschnitte ist ein Zwischenzeugnis beizufügen.)

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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>