



ANTRAG AUF ANERKENNUNG

einer Bezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung (WBO)

ID: _____
(wird von der Ärztekammer ausgefüllt)

Hiermit beantrage ich gemäß § 11 der WBO vom 25. Mai 2011 die Anerkennung der

Facharztbezeichnung

Schwerpunktbezeichnung

Zusatzbezeichnung

Ich bin bereits Fachärztin/arzt für (ggf.):

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Kontaktadresse:

Tel.-Nr.: Dienstl.*: Privat*:

Handy-Nr.*: E-Mail*:

*freiwillige Angabe

Weiterbildungsgang:

Aufstellung der Weiterbildungszeiten für die angestrebte Bezeichnung (entfällt bei Kurs-Weiterbildung oder wenn bereits im Logbuch aufgeführt)

von	bis	Weiterbildungsstätte (Klinik/Praxis)	Abteilung	Name des/der zur Weiterbildung befugten Arztes/Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name, Vorname, Titel:

Ihre Prüfungsunterlagen werden an den für Sie zuständigen Prüfungsausschuss versendet. Kann dieses per **E-Mail** erfolgen?

Ja

Nein (Ein Nein hat keine Nachteile zur Folge)

Mit einer **Veröffentlichung** im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt in der Rubrik „Erteilte Anerkennungen“ bin ich einverstanden.

Ja

Nein (Ein Nein hat keine Nachteile zur Folge)

Ich bitte um Weitergabe einer Kopie meiner Urkunde nach bestandener Prüfung an die **Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein**.

Ja

Nein (Ein Nein hat keine Nachteile zur Folge)

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hinweis:

- ▶ Ein Antrag auf Anerkennung einer Bezeichnung wird gemäß § 11 der Weiterbildungsordnung erst durch den Nachweis der fachlichen Kompetenz nach Erfüllung der vorgeschriebenen Mindestanforderungen (Weiterbildungszeit und -inhalte) rechtswirksam.
- ▶ Dieses Anerkennungsverfahren ist an die Kammermitgliedschaft in der Ärztekammer Schleswig-Holstein gebunden. Mit Ausscheiden endet unsere Zuständigkeit.
- ▶ Prüfungstermine werden nach Eingang der Antragsunterlagen 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