

Antrag auf Anerkennung bisher abgeleiteter Tätigkeitsabschnitte als Weiterbildung nach Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt (WBO)

Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit als Weiterbildung

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Allgemeinmedizin**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Augenheilkunde**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Frauenheilkund und Geburtshilfe**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Haut- und Geschlechtskrankheiten**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Kinder- und Jugendmedizin**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Neurologie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Physikalische und Rehabilitative Medizin**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Psychiatrie und Psychotherapie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Urologie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

Als Nachweis füge ich meine Weiterbildungszeugnisse bzw. Beurteilungen im Original oder als beglaubigte Kopie bei (bei noch fehlenden Nachweisen bitte die Weiterbildungsabschnitte mit Angabe des Weiterbilders und der Weiterbildungsstätte formlos aufführen).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Sachsen-Anhalt nachfolgend aufgeführte, meine Person betreffende Daten zum Zwecke der Aufgabenerledigung im Rahmen der Förderung der Weiterbildung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitteilt:

- Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
- Fachgebiet
- Beginn und voraussichtliches Ende der Weiterbildung (einschließlich bereits absolvierter und anerkannter Weiterbildungsabschnitte)
- ggf. Weiterbildung in Teilzeit (prozentualer Anteil bzw. Anzahl der Stunden/Woche)
- Datum und Ergebnis der Facharztprüfung

Ich kann dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen.

Name, Vorname

Unterschrift

Ort, Datum