

Antrag auf Anerkennung ausländischer Weiterbildungsnachweise

(Facharzt, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung)

MNR: _____

Name: _____

Vorname(n): _____

Privatanschrift: _____

Straße

Telefon: _____

PLZ/Ort

E-Mail: _____

Dienststelle: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Approbation erteilt ab: _____

Staatsexamen: _____

(Land der Ausstellung, Universität/Hochschule, Datum)

Hiermit bitte ich um Anerkennung meines in _____
(Land der Ausstellung)

erworbenen Weiterbildungsnachweises _____
(Bezeichnung)

Erklärung betreffend Anerkennungsverfahren bei anderen Ärztekammern für den hier beantragten Weiterbildungsnachweis

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ich habe bei keiner anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Anerkennung gestellt.
- Ein von mir bei der Ärztekammer _____ gestellter Antrag ist abgewiesen.
- Ein Verfahren über einen Antrag ist in Schwebel (vorhandene Unterlagen sind als Anlage beizufügen).

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anlage

Antrag auf Anerkennung ausländischer Weiterbildungsnachweise (Facharzt, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung) aus einem Drittstaat

Beantragte Facharztbezeichnung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung

	Lfd. Nr. der Anlage/en	Nur von Ärztekammer auszufüllen
1. Identitätsnachweis (Arztausweis, Personalausweis, Pass) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2. Nachweis Staatsexamen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Approbation (sofern sie der Ärztekammer noch nicht vorliegt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4. Bescheid vom Landesverwaltungsamt, ggf. Gutachten, zur vorherigen Berufserlaubnis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5. amtlich beglaubigte Kopie des Weiterbildungsnachweises (Facharzturkunde, Urkunde über Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. für den Fall, dass eine Weiterbildung ganz oder teilweise in Drittstaaten absolviert und durch anderen Mitgliedstaat, EWR-Staat oder Vertragsstaat anerkannt wurde – Unterlagen darüber, welche Tätigkeiten in Drittstaaten in welchem Umfang auf die Weiterbildung angerechnet wurden (Bescheinigung der zuständigen Stelle des Ausstellungsmitgliedstaates) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
7. Bescheinigung der zuständigen Behörde, unter deren Aufsicht die Weiterbildung durchgeführt wurde, dass die ärztliche Tätigkeit im Drittstaat an einer zugelassenen Einrichtung absolviert wurde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8. ggf. zusätzliche Nachweise (Rechtsgrundlage/Weiterbildungsordnung des		

Drittstaates, welcher den Weiterbildungsnachweis ausgestellt hat) zur Prüfung der Gleichwertigkeit in der Landessprache <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
--	--	--

9. Nachweise der Weiterbildung

Weiterbildungseinrichtung	Art und Umfang der Tätigkeit (Fachrichtung, Stunden/Woche)	Zeitraum von ____ bis ____	Monate (22 AT/ Monat)	Zeugnis/ Nachweis Lfd. Nr. (1,2,3...)	Anmerkungen der Ärztekammer

10. Nachweise Berufstätigkeit (§ 28 b KGHB LSA)

Berufstätigkeit: Ort und Name der Einrichtung	Fachrichtung	Zeitraum von ____ bis ____	Zeugnis/ Nachweis Lfd. Nr. (1,2,3...)	Anmerkungen der Ärztekammer

Hinweis:

Soweit die genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie **zusätzlich in beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde.**

Antragsteller sind verpflichtet, alle für die Ermittlung der Gleichwertigkeit notwendigen Unterlagen vorzulegen sowie alle dazu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Kommt der Antragsteller dieser Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erschwert, kann die Ärztekammer ohne weitere Ermittlungen entscheiden.

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorstehenden Fragen verstanden habe und versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner gemachten Angaben.

Ich beantrage zudem die Anerkennung ausländischer Tätigkeiten nach tarifrechtlichen Vorgaben.

Ort/Datum

Unterschrift (Name)