

An:
Ärztchammer Niedersachsen
Anerkennung von Arztbezeichnungen
Postfach 307
30003 Hannover
Telefon: 0511 / 380 – 2222 / – 2226 / – 2469
oder: 0511 / 380 – 02

Eingangsstempel

ANTRAG AUF ANERKENNUNG DER BEZEICHNUNG:

(Bitte beantragte Bezeichnung angeben)

nach WBO und Richtlinien 01.02.2012 01.02.2011 01.05.2005

vom:

(Zutreffendes bitte **ankreuzen!**) 01.10.1996 - 2004 25.02.1989

für Facharzt Innere Medizin alternativ: 01.02.2008 (5-jährige Weiterbildung)

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geb.-Dat.: _____ Geb.-Ort: _____

Postanschrift: _____

Telefon privat: _____ Fax privat: _____

Telefon dienstl.: _____ Fax dienstl.: _____

Handynr.: _____ E-Mail: _____

Diesem Antrag füge ich bei:

1. meinen Lebenslauf

In beglaubigter Fotokopie:

2. Weiterbildungszeugnisse (inkl. Leistungs- und Op-Kataloge)
Die Leistungs- und Op-Kataloge sind auf jeder Seite vom Weiterbilder abzuzeichnen
3. Arbeitsverträge
4. Dokumentationen der Gespräche mit dem Weiterbilder gemäß § 8 der Weiterbildungsordnung
(erstmalig ab Kalenderjahr 2003)
5. Kursnachweise (sofern in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben)
Sollten in der Weiterbildungsordnung oder in den Richtlinien die Kenntnisse im Strahlenschutz Bestandteil der Weiterbildung sein, müssen Sie zumindest die erfolgreiche Teilnahme an den Strahlenschutzkursen nach der Röntgenverordnung (Unterweisungs-, Grund- und Spezialkurs) nachweisen, und wenn selbständige Röntgenleistungen zu Ihren ärztlichen Aufgaben zählen, müssen Sie zusätzlich den Erwerb der Fachkunde nach der Röntgenverordnung belegen.

Bitte schicken Sie keine Originale, da die eingereichten Unterlagen bei der Ärztekammer bleiben!

- Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag für diese Bezeichnung stellte, dass kein von mir gestellter Antrag zu dieser Bezeichnung oder Weiterbildung bisher abgewiesen wurde bzw. dass kein Verfahren über einen Antrag in der Schwebe ist (ansonsten ggf. Bescheid beifügen).

Datum: _____

Unterschrift: _____

Prüfungsplanung:

Hinsichtlich der Prüfungsplanung können Sie einen (unverbindlichen) Wunschmonat äußern, in dem Sie die Prüfung gerne ablegen möchten.

Monat: _____

