

Eingangsstempel
-----------------

## Antrag auf Anerkennung ausländischer Diplome

MNR: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
Straße

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Hiermit bitte ich um Anerkennung meines in \_\_\_\_\_  
(Land der Ausstellung)  
erworbenen Facharztstitels \_\_\_\_\_  
(Facharztbezeichnung).**

**Erklärung betreffend Anerkennungsverfahren bei anderen Ärztekammern für die hier beantragte  
Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung**  
(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: \_\_\_\_\_

### wird von der Ärztekammer ausgefüllt

folgende Unterlagen wurden eingereicht:

- Ausbildungsnachweis (Facharzturkunde) in der Landessprache (Original / beglaubigte Kopie)
- Konformitätsbescheinigung (nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG, u. a. gemäß Art. 25 - 28) in der Landessprache (Original / beglaubigte Kopie)
- Übersetzung des Ausbildungsnachweises und der Konformitätsbescheinigung durch einen öffentlich beeidigten oder anerkannten Dolmetscher (Original / beglaubigte Kopie)
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_