

## 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 Schweben (vorhandene Unterlagen sind als Anlage beizufügen).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_