

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: _____