

# Ärzttekammer Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg

Telefon: (03 91) 60 54-6

Fax: (03 91) 60 54-70 00

Internet: [www.aeksa.de](http://www.aeksa.de)

Email: [weiterbildung@aeksa.de](mailto:weiterbildung@aeksa.de)



## Antrag zur Anerkennung

der Schwerpunktbezeichnung: \_\_\_\_\_

gemäß der Weiterbildungsordnung vom 01.01.2011

### persönliche Angaben

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
(MNR)

Antragsteller: \_\_\_\_\_  
(Titel Vorname Name)

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

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

\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

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

Staatsexamen: \_\_\_\_\_

Approbation: \_\_\_\_\_

Promotion: \_\_\_\_\_

### Bereits ausgesprochene Anerkennung für eine Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung:

Bezeichnung	Datum der Anerkennung	Anerkennende Ärztekammer
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

von - bis	Unterbrechung von - bis	Umfang Tätigkeit in % VZ/TZ	Weiterbildungsstätte	Abteilung und Weiterbilder	Zeit in Monaten	Vermerke ÄK

Unterbrechungen der Weiterbildung wegen Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge oder Krankheit bitte zeitlich genau angeben:

1. Unterbrechung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_      2. Unterbrechung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

3. Unterbrechung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_      4. Unterbrechung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**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 Bearbeitung (vorhandene Unterlagen sind als Anlage beizufügen).

**Ich bin damit einverstanden, dass nach bestandener Facharztprüfung mein Name und Wohnort sowie der erworbene Facharztstitel im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt veröffentlicht wird.**       ja       nein

**Ich bestätige die Richtigkeit der in diesem Antrag enthaltenen Angaben.**      Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen sind im Original oder in beglaubigter Kopie einzureichen:**

1. Ausgefülltes Antragsformular zur Prüfungszulassung
2. Lebenslauf
3. Sofern diese der Ärztammer noch nicht vorliegen:  
Approbationsurkunde, vorhandene Diplom- und Promotionsurkunden sowie Genehmigungen zum Führen ausländischer akademischer Grade in der Bundesrepublik Deutschland und Urkunden von bereits zuerkannten Arztbezeichnungen
4. Einzelzeugnisse über geleistete Weiterbildungsabschnitte gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt; Nachweis der Dokumentation der Weiterbildung gemäß § 8 der Weiterbildungsordnung ab 01.01.2009 durch ein Logbuch, die Richtzahlen/Jahr sind im Logbuch einzeln im vorgesehenen Feld aufzuführen und vom Weiterbilder jeweils zeilenweise mit Unterschrift und Stempel am Ende der Weiterbildung zu bestätigen; ein fremdsprachiges Zeugnis ist mit deutscher Übersetzung durch einen vereidigten Übersetzer vorzulegen
5. Abschlusszeugnis des letzten Weiterbilders mit der ausführlichen Stellungnahme zur fachlichen Eignung
6. Falls eine Weiterbildungsbefugnis mehreren Ärzten an einer oder mehreren Weiterbildungsstätten gemeinsam erteilt oder die Weiterbildung im Rotationssystem absolviert wurde, sind die Zeugnisse mit genauer Wiedergabe des zeitlichen Ablaufs der Rotation auszustellen und von allen gemeinsam zur Weiterbildung befugten Ärzten zu unterzeichnen. Weiterbildungsabschnitte in der Intensivmedizin und Notfallaufnahme sind zeitlich konkret über die jeweils geforderten 6 Monate aufzuführen. Sofern die Weiterbildung außerhalb des Kammerbereiches Sachsen-Anhalt absolviert wurde, sollte im Zeugnis auf den Umfang der bestehenden Weiterbildungsbefugnis verwiesen oder eine entsprechende Bestätigung der jeweiligen Ärztekammer vorgelegt werden.
7. Nachweise oder Zeugnisse über ggf. durchgeführte Hospitationen
8. Für die Anerkennung des Facharztes „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“:  
Nachweise über Hospitationen in der Strahlentherapie, im Zytologielabor und in der Mammographie
9. Bescheinigungen über die Ableistung der erforderlichen Kurse und Fallseminare gemäß Weiterbildungsordnung, z. B. über Weiterbildungskurse in Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Öffentliches Gesundheitswesen usw.
10. Ggf. Teilnahmebestätigungen über von den Ärztekammern anerkannte Ultraschallkurse zum Nachweis sonographischer Untersuchungen
11. Nachweis der Fachkunde, sofern eine Weiterbildung in der Röntgendiagnostik und Strahlentherapie vorgeschrieben ist
12. Liste der wissenschaftlichen Vorträge und Publikationen (soweit vorhanden)

Sollten Fragen bestehen, wenden Sie sich bitte an die zuständige Sachbearbeiterin per E-Mail unter [weiterbildung@aeiksa.de](mailto:weiterbildung@aeiksa.de) oder telefonisch.

Ansprechpartner:

**Frau Sarah Kipp** (Facharztkompetenzen der Gebiete **Chirurgie** und **Innere Medizin**)

Tel.: (03 91) 60 54-76 10

E-Mail: [weiterbildung@aeiksa.de](mailto:weiterbildung@aeiksa.de)

**Frau Iris Kipp** (Facharzt-/Schwerpunktkompetenzen **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**)

Tel.: (03 91) 60 54-76 40

E-Mail: [weiterbildung@aeiksa.de](mailto:weiterbildung@aeiksa.de)

**Frau Cindy Schulze** (Facharzt-/Schwerpunktkompetenzen **Frauenheilkunde und Geburtshilfe bis Urologie** - ausschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

Tel.: (03 91) 60 54-76 50

E-Mail: [weiterbildung@aeiksa.de](mailto:weiterbildung@aeiksa.de)