

Antrag auf Anerkennung ausländischer Weiterbildungsnachweise

(Facharzt, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung)

MNR: _____

Name: _____

Vorname(n): _____

Privatanschrift: _____

Telefon: _____

Straße

E-Mail: _____

PLZ/Ort

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: _____

Anlage**Antrag auf Anerkennung ausländischer Weiterbildungsnachweise
(Facharzt, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung) aus einem Drittstaat**

Beantragte Facharztbezeichnung/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung

	Lfd. Nr. der Anlage/n	Vermerke der Ärzte- kammer
1. Identitätsnachweis in Kopie (Arztausweis, Personalausweis, Pass) ☐ ja ☐ nein		
2. Nachweis Staatsexamen ☐ ja ☐ nein		
3. Approbation (sofern sie der Ärztekammer noch nicht vorliegt) ☐ ja ☐ nein		
4. Bescheinigung/Bescheid der Approbationsbehörde über die Gleichwertigkeit der ärztlichen Grundausbildung im Drittstaat (zwingend erforderlich) ☐ ja ☐ nein		
5. Wurde eine Kenntnisprüfung abgelegt? ☐ ja ☐ nein wenn ja, wann: _____		
6. amtlich beglaubigte Kopie des Weiterbildungsnachweises (Facharzturkunde, Urkunde über Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung) ☐ ja ☐ nein		
7. für den Fall, dass eine Weiterbildung ganz oder teilweise in Drittstaaten absolviert und durch anderen Mitgliedstaat, EWR-Staat oder Vertragsstaat anerkannt wurde – Unterlagen darüber, welche Tätigkeiten in Drittstaaten in welchem Umfang auf die Weiterbildung angerechnet wurden (Bescheinigung der zuständigen Stelle des Ausstellungsmitgliedstaates) ☐ ja ☐ nein		
8. Bescheinigung der zuständigen Behörde, unter deren Aufsicht die Weiterbildung durchgeführt wurde, dass die ärztliche Tätigkeit im Drittstaat an einer zugelassenen Einrichtung absolviert wurde ☐ ja ☐ nein		

9. Nachweise der Rechtsgrundlage/Weiterbildungsordnung des Drittstaates, welcher den Weiterbildungsnachweis ausgestellt hat, zur Prüfung der Gleichwertigkeit in der Landessprache ☐ ja ☐ nein		
10. Zwischenzeugnis des aktuellen Weiterbildungsbefugten, welches Auskunft über den aktuellen Weiterbildungsstand gibt ☐ ja ☐ nein		

11. Nachweise der Weiterbildung

Weiterbildungseinrichtung	Art und Umfang der Tätigkeit (Fachrichtung, Stunden/Woche)	Zeitraum von _____ bis _____	Zeit in Monaten	Lfd. Nr. der Anlage/n	Vermerke der Ärztekammer

12. Nachweise Berufstätigkeit (§ 28 b KGHB LSA)

Name der Einrichtung und Ort	Art und Umfang der Tätigkeit (Fachrichtung, Stunden/Woche)	Zeitraum von _____ bis _____	Zeit in Monaten	Lfd. Nr. der Anlage/n	Vermerke der Ärztekammer

Hinweis:

Soweit die genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie **zusätzlich in beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde.**

Antragsteller sind verpflichtet, alle für die Ermittlung der Gleichwertigkeit notwendigen Unterlagen vorzulegen sowie alle dazu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Kommt der Antragsteller dieser Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erschwert, kann die Ärztekammer ohne weitere Ermittlungen entscheiden.

☐ Hiermit erkläre ich, dass ich die vorstehenden Fragen verstanden habe und versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner gemachten Angaben.

☐ Ich beantrage zudem die Anerkennung ausländischer Tätigkeiten nach tarifrechtlichen Vorgaben.

Ort/Datum

Unterschrift (Name)