



## Antrag zur Bewertung im Ausland absolvierten Weiterbildungszeiten

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

### 1. Antrag

Angestrebte Qualifikation gemäß Weiterbildungsordnung

Gebiet/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Gemäß folgender Weiterbildungsordnung:  WBO 2006 oder  WBO 2022

Für die Bearbeitung des Antrages auf Anerkennung fällt entsprechend unserer Verwaltungsgebührenordnung eine Gebühr an. Diese wird mit Eingang Ihres Antrages fällig und ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages.

Bitte überweisen Sie die Verwaltungsgebühr erst nach Erhalt der Eingangsbestätigung.

### 2. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort/Land: \_\_\_\_\_

Akad. Grad(e): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Datum Promotion: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Ort: \_\_\_\_\_

Datum Approbation: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Datum zahnärztliche Approbation: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

### 3. Anschrift und Kontakt

#### Dienstanschrift

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

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

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

#### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

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

# Antrag zur Bewertung im Ausland absolvierten Weiterbildungszeiten



BEZIRKSÄRZTE  
KAMMER PFALZ

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Anerkennung folgender Weiterbildungszeiten						
	Zeitraum	Land	Weiterbildungsstätte, (Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.)	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [ ] [ ] h/Woche [ ] [ ] %
2	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [ ] [ ] h/Woche [ ] [ ] %
3	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [ ] [ ] h/Woche [ ] [ ] %
4	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [ ] [ ] h/Woche [ ] [ ] %
5	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [ ] [ ] h/Woche [ ] [ ] %
6	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [ ] [ ] h/Woche [ ] [ ] %
7	von [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit [ ] [ ] Woche [ ] [ ] %

# Antrag zur Bewertung im Ausland absolvierten Weiterbildungszeiten



BEZIRKSÄRZTE  
KAMMER PFALZ

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

## 5. Unterbrechungen

von: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

bis: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Grund: \_\_\_\_\_

von: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

bis: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Grund: \_\_\_\_\_

von: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

bis: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Grund: \_\_\_\_\_

von: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

bis: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Grund: \_\_\_\_\_

## 6. Erklärungen

Ich erkläre und bestätige, dass....

ich bei keiner anderen deutschen Ärztekammer den gleichen Antrag gestellt habe.

eine Bewertung bereits durch die Ärztekammer \_\_\_\_\_ erfolgt ist (Bitte Bescheid beifügen)

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Pfalz.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum: [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gemäß Gebührenordnung der Bezirksärztekammer Pfalz werden für diese Anfrage Gebühren erhoben.**

# Checkliste

## Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

### **Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen als beglaubigte Kopie vollständig bei:**

→ Die Anlagen sind zu nummerieren

1. Identitätsnachweis
2. tabellarische Aufstellung beruflicher Werdegang (Lebenslauf)
3. deutsche Approbationsurkunde
4. Urkunde Ihrer ausländischen Anerkennung als Arzt (Approbation Herkunftsland)
5. Urkunde über Ihre Qualifikation im Herkunftsland

### **Für Mitglieds-, EWR- oder Vertragsstaaten-Weiterbildung:**

6. Konformitätsbescheinigung von der zuständigen Behörde darüber, dass die erteilte Anerkennung den Anforderungen des Artikels 25 der Richtlinie 2005/36/EG (Allgemeinmedizin: Artikel 28) entspricht, oder
  - eine Gleichstellungsbescheinigung (gemäß Artikel 23 Abs. 6)
  - eine Bescheinigung über erworbene Rechte (gemäß Artikel 23 Abs. 1).

### **Für Drittstaaten-Weiterbildung (Unterlagen müssen 2-fach eingereicht werden):**

6. Welche zeitlichen- und inhaltlichen Voraussetzungen mussten Sie nachweisen, um die Facharztqualifikation im Herkunftsland zu erhalten? Wir bitten um Einreichung eines Nachweises (z.B. Weiterbildungsordnung, Curriculum, Rahmenplan)
7. Nachweise darüber, dass die vorgenannten Voraussetzungen von Ihnen erfüllt wurden.
8. ausführliche Zeugnisse über Ihre Weiterbildung (sofern möglich)
9. Ihren Leistungskatalog für den Zeitraum der Weiterbildung z.B. OP-Katalog, Logbuch)
10. ausführliche Zeugnisse über die anschließende Berufserfahrung (auch in Deutschland)
11. Leistungskatalog für den Zeitraum der Berufserfahrung (z.B. OP-Katalog, Logbuch)

**Nur bei vollständiger Vorlage der genannten Unterlagen ist Ihr Antrag prüffähig!**

**Sofern einzelne Unterlagen nicht beigebracht werden können, bitten wir um schriftliche Begründung**

#### **Die Dokumente müssen folgende Vorgaben erfüllen:**

- Alle Dokumente sind im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie einzureichen.
  - Für alle ausländischen Dokumente benötigen wir zusätzlich eine deutsche Übersetzung, vorgenommen von einem in Deutschland amtlich beeidigten Übersetzer ([www.justiz-dolmetscher.de](http://www.justiz-dolmetscher.de))
    - Das ausländische Dokument muss untrennbar mit der Übersetzung verbunden sein.