



A N T R A G
auf Erteilung des Qualifikationsnachweises

Name/Titel: _____

Vorname: _____ Telefon-Nr.: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Staatsexamen, Datum: _____ Ort: _____

"AiP"-Erlaubnis, Datum: _____ Ort: _____

Approbation, Datum: _____ Ort: _____

Promotion, Datum: _____ Ort: _____

Anerkennung als Arzt/Facharzt für _____

ausgesprochen am: _____ durch: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Beizufügen sind:

- Teilnahmebescheinigungen / Kursbescheinigungen *)
- Facharzturkunde oder
- Zeugnisse über die ärztliche Tätigkeit *)

*) (Originale oder beglaubigte Kopien)

Name des Antragstellers:

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

von	bis	Krankenhaus	Abteilung	Itd. Arzt	Art der Tätigkeit

Diese Spalten sind nicht vom Antragsteller auszufüllen:

Bemerkungen aus der Vorprüfung:

Stellungnahme von:

Stellungnahme von:
