

(nur von der Ärztekammer auszufüllen:)

Zahlungsvermerk liegt bei
Originale oder beglaubigte Kopien
lagen vor

Kürzel: _____

Antragsnr.: _____

ÄRZTEKAMMER
B R E M E N



KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag auf Anerkennung der ZUSATZBEZEICHNUNG:

gemäß Weiterbildungsordnung vom 01.04.05 mit Änderung vom 27.08.11

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

private Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

bereits erteilte Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ durch Ärztekammer: _____
_____ durch Ärztekammer: _____
_____ durch Ärztekammer: _____

Hinsichtlich der **Prüfungsplanung** können Sie Termine, zu denen Sie aus wichtigem Grund (gebuchter Urlaub, Kongresse etc.) nicht zur Verfügung stehen, hier angeben:

BITTE HINWEISE AUF DER LETZTEN SEITE BEACHTEN!

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit in zeitlicher Reihenfolge

Unterbrechungen der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc. sind präzise einzutragen.

von	bis	Weiterbildungsstätte:			Name des Weiterbilders	wöchentl. Arbeitszeit (in %)	Zeit in Monaten
		Ort	Name	Abteilung			

Hiermit erkläre ich, dass

1. ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung gestellt habe,
2. in keinem Fall bzw. in folgenden Fällen ein von mir gestellter Antrag abgewiesen worden ist oder ein Verfahren hierüber noch läuft,

3. mir noch nie eine Weiterbildungsbefugnis bzw. für folgende(n) Bereich(e) eine Weiterbildungsbefugnis erteilt wurde

Bremen/Bremerhaven,

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie:

Dem Antrag sind im Original oder als beglaubigte Kopie beizufügen:

- die für die beantragte Bezeichnung relevanten Weiterbildungszeugnisse und Bescheinigungen
- Dokumentation der jährlichen Gespräche mit dem Weiterbilder (§ 8 Abs. 2 WbO)
- bei operativen Fächern die entsprechenden Kataloge (selbst unterschrieben **und** vom Weiterbilder **auf jeder** Seite gegengezeichnet)
- Arbeitsverträge zu den relevanten Weiterbildungsabschnitten
- Kursnachweise, sofern in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben

Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Telefonnummern und E-Mail-Adresse an:

dienstlich:
privat:
Handy:
E-Mail:

Für die Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung einer Zusatzbezeichnung wird eine Gebühr in Höhe von € 150,- erhoben. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir mit der Bearbeitung Ihres Antrages erst nach Zahlungseingang beginnen können.

- Zahlung per Überweisung an: *Deutsche Apotheker und Ärztebank*
Kontonummer 000 12 16 457
BLZ 300 606 01
Verwendungszweck: WB/ZB/Name

- Ermächtigung für Lastschrift im Einzugsverfahren (einmalig)

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Bremen widerruflich, die von mir zu entrichtende einmalige Zahlung für die Zusatzbezeichnung _____ zu Lasten meines Girokontos mit der Kontonummer : _____, BLZ: _____ bei der _____ durch Lastschrift im Einzugsverfahren einzuziehen.

- Bareinzahlung (nicht per Posteingang) Empfang bestätigt _____
Stempel und Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers

Name des Antragstellers in Blockschrift