

(nur von der Ärztekammer auszufüllen:)

Zahlungsvermerk liegt bei

Antragsnr.: \_\_\_\_\_

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Kürzel: \_\_\_\_\_ VVW:

### Antrag auf Anerkennung der

**ZUSATZBEZEICHNUNG:** \_\_\_\_\_

Weiterbildungsordnung (Pflichtfeld):  2020  
 2005 mit den jeweiligen Änderungen  
(gem. Übergangsvorschriften § 20 Abs. 4 WBO 2020)

**Bitte in Blockschrift ausfüllen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

private Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Approbation erteilt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

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

**Hiermit erkläre ich**, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und

- ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung gestellt habe,
- ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Vorabprüfung meiner Weiterbildungszeiten gestellt habe,
- mir noch nie  eine Weiterbildungsbefugnis bzw.  für folgende(n) Bereich(e) eine Weiterbildungsbefugnis erteilt wurde.

---

Bremen/Bremerhaven,

---

Datum

---

Unterschrift

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
- Leistungskataloge (z. B. bei operativen Fächern)  
(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*  
*IBAN DE53 3006 0601 0001 2164 57*  
*BIC DAAEDEDXXX*  
*Verwendungszweck: WB/ZB/Name*

Ermächtigung für SEPA-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 IBAN : \_\_\_\_\_,  
BIC: \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_  
einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Name des Antragstellers in Blockschrift

Bareinzahlung (nicht per Posteingang) Empfang bestätigt \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift