



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSAKADEMIE

Fortbildungsakademie der
Ärztekammer Hamburg
Weidestraße 122 b
22083 Hamburg

Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikates

gemäß § 5 der Fortbildungsordnung für Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 02.12.2013 (FBO)

Antragsteller/in:

Ihr Titel/Vorname/Name: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefonnr. / E-Mail (für Rückfragen): _____

Geburtsdatum / Geburtsort: _____

Jahreszertifikat: 20 _____

Das Jahreszertifikat wird für jeweils ein Kalenderjahr ausgestellt, sofern Sie für dieses mindestens 50 Fortbildungspunkte nachweisen können. Es weist die Anzahl der in dem Jahr erworbenen Fortbildungspunkte aus.

Fortbildungszertifikat für einen Zeitraum (TT.MM.JJJJ)

_____ bis _____

Das Fortbildungszertifikat dient dem Nachweis der erfüllten Fortbildungsverpflichtung. Es wird auf Ihren individuellen Fortbildungszeitraum ausgestellt, der grundsätzlich 5 Jahre umfasst. Die Ärztekammer kennt Ihren individuellen Fortbildungszeitraum nicht, daher sind wir auf Ihre Information angewiesen. Kennen Sie Ihren Fortbildungszeitraum nicht, erfragen Sie ihn bitte bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg oder der ärztlichen Leitung Ihres Krankenhauses.

Ich kann mindestens 250 Fortbildungspunkte nachweisen und möchte ein Zertifikat erhalten,

- das die Anzahl meiner Fortbildungspunkte ausweist.
- das die Anzahl meiner Fortbildungspunkte nicht ausweist.

Fristhemmung

Üben Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf aufgrund einer länger als drei Monate andauernden Unterbrechung wie Mutterschutz, Elternzeit, Erkrankung oder Pflegezeit nicht aus, verlängert sich der Fortbildungszeitraum von 5 Jahren entsprechend, vgl. § 5 Abs. 4 FBO. Sofern dieses bei Ihnen der Fall ist, bitten wir um ergänzende Angaben:

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift