



**Antrag auf Anerkennung einer Weiterbildung
aus dem Gebiet der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums
(EWR-Staat) oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische
Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat)**

gemäß Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte (WBO)

vom 21.02.2005 i.d.F. vom 05.10.2015

Für die nachfolgende Weiterbildungsbezeichnung

Facharzt: _____

Schwerpunkt: _____

Zusatzweiterbildung: _____

Angaben zur Person:

Name, Vorname, Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____

Dienstanschrift: _____

Tel.-Nr. privat/mobil: _____ Tel.-Nr. dienstl.: _____

E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende
Korrespondenz per E-Mail erfolgt

Erteilung des ausländischen Befähigungsnachweises zur Ausübung des ärztlichen Berufes

am: _____ durch: _____
(Bitte ausstellende Behörde angeben)

Deutsche Approbation¹, erteilt am: _____ bzw.

Berufserlaubnis², erteilt am: _____

Angaben zum erworbenen Weiterbildungsnachweis:

Weiterbildungsnachweis im Herkunftsland: _____

seit: _____ Ausstellungsdatum: _____

ausstellende Behörde: _____

ausstellendes Land: _____

Wie viele Jahre, nach Abschluss der ärztlichen Grundausbildung, waren formal für den Erwerb dieser
Qualifikation erforderlich? _____ Jahre

Hiermit erkläre ich, dass

ich bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung meines
im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises gestellt habe,

in keinem Fall ein von mir gestellter Antrag abgewiesen wurde oder ein
Widerspruchsverfahren anhängig ist.

¹ gemäß § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

² Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 BÄO

