



**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)

15.06.2020

**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 Approbation<sup>1</sup>, erteilt am: \_\_\_\_\_ bzw.

Berufserlaubnis<sup>2</sup>, 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.

<sup>1</sup> gemäß § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

<sup>2</sup> Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 BÄO

## Ich beantrage die

**automatische Anerkennung gemäß § 18 Abs. 1 oder 2 WBO**

**nicht automatische Anerkennung gemäß § 18 Abs. 3 WBO**

Für den Fall, dass Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Mitglied der Ärztekammer Hamburg sind, benötigen wir folgende Nachweise\*:

- eine schriftliche Begründung, weshalb der Antrag in Hamburg gestellt wird,
- die Approbation oder Berufserlaubnis zuzüglich Nachweis über den gleichwertigen Ausbildungsstand,
- einen Identitätsnachweis

Für die **automatische Anerkennung** sind folgende Nachweise\* zu erbringen:

- **Weiterbildungsnachweis**
- **Konformitätsbescheinigung, in der die zuständige Stelle bestätigt, dass die erworbene Fachbezeichnung der EU-Richtlinie 2005/36/EG entspricht**

Für die **nicht automatische Anerkennung** sind zudem folgende Nachweise\* zu erbringen:

- **eine tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung und die Berufspraxis**
- **Nachweise über die im Einzelnen erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten (z.B. Zeugnisse, OP-Kataloge, Logbuch)**
- **Weiterbildungsanforderungen des Herkunftslandes (z.B. Ausbildungscurriculum, Ausbildungsordnung)**
- **für den Fall, dass in einem anderen Mitgliedstaat, EWR-Staat oder Vertragsstaat ein Nachweis über eine Weiterbildung ausgestellt wurde, die ganz oder teilweise in Drittstaaten absolviert wurde, Unterlagen darüber, welche Tätigkeiten in Drittstaaten durch die zuständige Stelle des Ausstellungsmitgliedstaates in welchem Umfang auf die Weiterbildung angerechnet wurden**

**\* Die geforderten Nachweise sind jeweils im Original bzw. in beglaubigter Kopie vorzulegen**

Soweit die genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich in deutscher Übersetzung vorzulegen, die durch einen öffentlich bestellten oder vereidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurden.

Gemäß Gebührensatzung der Ärztekammer Hamburg werden für diesen Antrag Gebühren erhoben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### **Wichtig**

Sollten Sie den Antrag persönlich abgeben, bitten wir unbedingt vorher per E-Mail oder telefonisch einen Termin zu vereinbaren,

E-Mail: [weiterbildung@aekeh.de](mailto:weiterbildung@aekeh.de) / Telefon: +4940-202299 -266

**Telefonische Sprechzeiten:**  
**Mo, Mi und Do 08.30 – 12.00 Uhr**  
**Mi 13.00 – 18.00 Uhr**

**Anschrift:** Weidestraße 122b, 13. Etage, 22083 Hamburg