



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)

für die nachfolgende Weiterbildungsbezeichnung (bitte eintragen):
gemäß Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte (WBO)
vom 21.02.2005 i.d.F. vom 05.10.2015

- Facharztbezeichnung _____
 Schwerpunktbezeichnung _____
 Zusatzweiterbildung _____

Name, Vorname, Titel: _____
(Blockschrift)

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:

_____ Ausstellende Behörde: _____

Erteilung der Approbation gemäß § 3 Bundesärzteordnung (BÄO) bzw. Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 BÄO am:

_____ Ausstellende Behörde: _____

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.

