



Antrag auf formale Zeitenbestätigung

gemäß WBO vom 21.02.2005 i.d.F. vom 05.10.2015

- Facharztbezeichnung**
- Schwerpunktbezeichnung**
- Zusatz-Weiterbildung**

Titel, Name, Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Privatanschrift:

Straße, PLZ / Ort:

Tel.-Nr.: Mobil:

E-Mail:

Aktueller Tätigkeitsort (bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. Praxis angeben):

.....
.....

Tel.-Nr.: Mobil:

E-Mail:

Bereits erworbene Anerkennungen gem. WBO:

1. Bezeichnung

erteilt durch Ärztekammer am

2. Bezeichnung

erteilt durch Ärztekammer am

Wird von der Ärztekammer ausgefüllt:

Antragsübermittlung persönlich per Post / Anfertigung von Kopien / Hz./Datum:

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit Approbation in zeitlicher Reihenfolge:					
Zeitraum	Name der Weiterbildungsstätte (Klinik / Praxis / sonstige Einrichtung)	Abteilung und Name der/des Befugten	Angaben zu Ihrer Tätigkeit	Arbeitszeit	Zeit in Monaten
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt	<input type="radio"/> Vollzeit	
bis		Name:	<input type="radio"/> OA	<input type="radio"/> Teilzeit, mit	
			<input type="radio"/> Sonstige % bzw.	
		 Std./Woche	
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt	<input type="radio"/> Vollzeit	
bis		Name:	<input type="radio"/> OA	<input type="radio"/> Teilzeit, mit	
			<input type="radio"/> Sonstige % bzw.	
		 Std./Woche	
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt	<input type="radio"/> Vollzeit	
bis		Name:	<input type="radio"/> OA	<input type="radio"/> Teilzeit, mit	
			<input type="radio"/> Sonstige % bzw.	
		 Std./Woche	
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt	<input type="radio"/> Vollzeit	
bis		Name:	<input type="radio"/> OA	<input type="radio"/> Teilzeit, mit	
			<input type="radio"/> Sonstige % bzw.	
		 Std./Woche	
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt	<input type="radio"/> Vollzeit	
bis		Name:	<input type="radio"/> OA	<input type="radio"/> Teilzeit, mit	
			<input type="radio"/> Sonstige % bzw.	
		 Std./Woche	
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt	<input type="radio"/> Vollzeit	
bis		Name:	<input type="radio"/> OA	<input type="radio"/> Teilzeit, mit	
			<input type="radio"/> Sonstige % bzw.	
		 Std./Woche	

Bitte beachten Sie:

1. Die Zeitenbestätigung kann nur für **Mitglieder** der Ärztekammer Hamburg durchgeführt werden. Mitglieder anderer Ärztekammern wenden sich bitte an die für sie zuständige Ärztekammer.
2. Die auf Seite 2 aufgeführten Tätigkeiten werden nur berücksichtigt, wenn sie durch **Zeugnisse** belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in **einfacher Kopie** vor.
3. Sofern in einem anderen Kammerbereich bereits eine Weiterbildungsbezeichnung erworben wurde, sind die entsprechenden Zeugnisse mit einzureichen.
4. Eine **inhaltliche** Überprüfung der vorgelegten Zeugnisse sowie der nach § 8 Abs. 1 WBO geforderten Logbücher erfolgt grundsätzlich erst bei Antragstellung im Rahmen des späteren Zulassungsverfahrens.
5. Diese Bestätigung wird Ihnen nur für den Bereich der **Ärztekammer Hamburg** erteilt. Eine andere Landesärztekammer ist nicht gehalten, unseren Ausführungen zu folgen.
6. Für die Bearbeitung dieses Antrages wird eine **Gebühr** in Höhe von **€ 75,-** erhoben. Sofern dabei eine Überprüfung der Gleichwertigkeit gem. § 10 WBO erforderlich ist, wird eine **Gebühr** in Höhe von **€ 150,-** erhoben. Diese Gebühr wird für Kammermitglieder auf die spätere Gebühr für den Antrag auf Zulassung zur Prüfung zur Erlangung einer Weiterbildungsbezeichnung angerechnet.
7. **Tätigkeiten im Ausland** können auf diesem Wege **nicht** anerkannt werden. Hierzu stellen Sie bitte einen gesonderten Antrag auf Anerkennung von Tätigkeiten im Ausland.

Hiermit erkläre ich, dass (bitte ankreuzen)

- ich bei keiner weiteren Ärztekammer gemeldet bin
- ich ebenfalls bei der Ärztekammer gemeldet bin
(Doppelmitgliedschaft)
- ich keine Einwände dagegen habe, dass Rücksprache mit der bisher zuständigen Ärztekammer gehalten wird, falls dort ein Anerkennungsverfahren anhängig ist oder war
- im Rahmen meines Anerkennungsverfahrens ein Datenaustausch zwischen den Landesärztekammern stattfinden kann
- meine Weiterbildung unterbrochen wurde durch
..... von bis
..... von bis
- die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- oder Ersatzdienst, wissenschaftliche Aufträge oder Krankheit - ausgenommen tariflicher Erholungsurlaub - unterbrochen wurden
- sämtliche im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende Korrespondenz per E-Mail erfolgen kann

.....
Datum

.....
Unterschrift