



## Antrag auf formale Zeitenbestätigung

- gemäß WBO vom 21.02.2005 i.d.F. vom 05.10.2015  
 gemäß WBO vom 15.06.2020

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

Titel, Name (ggf. Geburtsname), 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  per E-Mail / Anfertigung von ..... Kopien / Hz./Datum:  
.....

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

**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. Bei Zusendung per E-Mail bitte die Nachweise als Anlagen im PDF-Format.
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 **€ 100,-** erhoben. Sofern dabei eine Überprüfung der Gleichwertigkeit gem. § 10 WBO erforderlich ist, wird eine **Gebühr** in Höhe von **€ 150,-** erhoben
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**