

**Antrag auf Zulassung zur Prüfung**

gemäß WBO vom 21.02.2005 i.d.F. vom 05.10.2015 (alte WBO)

gemäß WBO vom 15.06.2020 (neue WBO)

**Facharztbezeichnung**

**Schwerpunktbezeichnung**

**Zusatz-Weiterbildung**

Titel, Name, Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort

Geschlecht: männlich ⬜ weiblich ⬜ divers ⬜

**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:

**Für die Prüfungsplanung:**

Der Erwerb der o.a. Bezeichnung setzt eine erfolgreiche mündliche Prüfung voraus.

Im Zuge der Zulassung zur Prüfung werden wir Ihnen die nächstmöglichen Prüfungstermine mitteilen.

Bitte beachten Sie, dass ein Prüfungstermin erst verbindlich nach Zulassung zur Prüfung vereinbart werden kann.

**Wird von der Ärztekammer ausgefüllt:**

Antragsübermittlung  persönlich  per Post

 alle Nachweise lagen im Original vor / Anfertigung von .Kopien / Hz./Datum:

Promotionsurkunde an ÄV weitergeleitet 

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit Approbation in zeitlicher Reihenfolge:** | | | | | |
| **Zeitraum**  **Taggenaue Angabe** | **Name der Weiterbildungsstätte**  **(Klinik / Praxis / sonstige Einrichtung)** | **Abteilung und Name der/des Befugten** | **Angaben zu Ihrer Tätigkeit** | **Arbeitszeit** | **Zeit in Monaten** |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |
| von ………………….  bis ………………….. |  | Abteilung: …………………………………………...  Name: …………………………………………... | **O** Ass.-Arzt  **O** OA  **O** Sonstige  …………….. | **O** Vollzeit  **O** Teilzeit, mit  ……….. % bzw.  ………. Std./Woche |  |

**Bereits erworbene Anerkennungen gem. WBO:**

1. Bezeichnung

erteilt durch Ärztekammer am

1. Bezeichnung

erteilt durch Ärztekammer am

1. Bezeichnung

erteilt durch Ärztekammer am

**Hiermit erkläre ich, dass (bitte ankreuzen)**

ich nicht beabsichtige, den Bereich der Ärztekammer Hamburg innerhalb der nächsten sechs Monate zu verlassen.

 zu der beantragten Bezeichnung kein Anerkennungsverfahren bei einer anderen Ärztekammer anhängig ist oder war

* 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

 im Rahmen meines Anerkennungsverfahrens ein Datenaustausch mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) 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

 ich die in dem anliegenden Logbuch aufgeführten Eingriffe durchgeführt habe und ich bereit bin, auf Anforderung OP-Berichte vorzulegen

 ich die Allgemeinen Hinweise und die Antrags-Checkliste zur Kenntnis genommen habe

 sämtliche im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende Korrespondenz per E-Mail erfolgen kann

**Nur für angehende Fachärztinnen / Fachärzte für Allgemeinmedizin**

* meine bestandene Facharztprüfung Allgemeinmedizin der KVH gemeldet werden darf

**Datum Unterschrift**