



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.

Für unsere weitere Planung benötigen wir eine Angabe von Ihnen, welcher Prüfungszeitraum für Sie **nicht** in Frage kommt (bitte ankreuzen). Nach erfolgter Zulassung zur Prüfung, werden wir Ihnen – unter Berücksichtigung Ihrer nachstehenden Angaben – Ihren Prüfungstermin mitteilen. Sollten Sie an dem Tag verhindert sein, stimmen wir gern einen neuen Termin mit Ihnen ab.

Ich möchte keinen Prüfungstermin im Monat:

Ich möchte keinen Prüfungstermin vor dem:

Ich bin flexibel.

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		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt <input type="radio"/> OA <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis		Name:		
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt <input type="radio"/> OA <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis		Name:		
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt <input type="radio"/> OA <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis		Name:		
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt <input type="radio"/> OA <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis		Name:		
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt <input type="radio"/> OA <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis		Name:		
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt <input type="radio"/> OA <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis		Name:		
von		Abteilung:	<input type="radio"/> Ass.-Arzt <input type="radio"/> OA <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, mit % bzw. Std./Woche	
bis		Name:		

Bereits erworbene Anerkennungen gem. WBO:

- 1. Bezeichnung.....
erteilt durch Ärztekammer.....am.....
 - 2. Bezeichnung.....
erteilt durch Ärztekammer.....am.....
 - 3. 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