

FORMULAR ZUR ANRECHNUNG ÄRZTLICHER WEITERBILDUNG IM AUSLAND

Antrag auf Anerkennung eines erworbenen Facharzt diploms _____
(gebührenpflichtig) Bezeichnung

Anrechnung von absolvierten Weiterbildungszeiten in _____
(gebührenfrei) Land

Angaben zur Person		(nur von der ÄkNo auszufüllen)	
Name, Vorname		Pers.-Nr.:	
Geburtsdatum	Geburtsort / Land	Antrags-Nr.:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
Staatsangehörigkeit			
Akademische Grade			
<input type="checkbox"/> Dr. med.	<input type="checkbox"/> Sonstige oder genehmigte, ausländische akademische Grade		
Berufserlaubnis §10 BÄO			
ausgestellt am	durch		
gültig von	bis		
Kenntnisprüfung § 19 WBO			
absolviert <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am		
(deutsche) Approbation			
ausgestellt am	durch		
Aktuelle und gültige Dienstanschrift seit			
PLZ	Ort		
Straße			
Institut / Klinik / Praxis			
Telefon			
E-Mail-Adresse			
Art der Tätigkeit z. B. Assistenzarzt, Gastarzt, Hospitant etc.			

Aktuelle und gültige Privatanschrift seit		
PLZ	Ort	
Straße		
Angaben zu den erworbenen Abschlüssen im Ausland		
Land Staatsexamen / Abschluss Studium		
Approbation / Berufserlaubnis		
Abgeschlossener Facharzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja seit _____		
Erworbener Facharztstitel _____		
Ausstellende Behörde _____		
Ausstellendes Land _____		
Umschreibung / Anerkennung des Facharztes erhalten in (Land)		

Ich erkläre, dass

- ein Antrag auf Anerkennung der Bezeichnung/Weiterbildung im Ausland nur bei der Ärztekammer Nordrhein gestellt wurde. ja nein

Wenn „nein“: ich habe einen Antrag eingereicht bei der Ärztekammer _____

Bitte übersenden Sie den abschließenden Bescheid in Kopie.

- die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Zeiten der ärztlichen Tätigkeiten, außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen wurden. ja nein

Wenn „nein“: meine ärztlichen Tätigkeiten wurden unterbrochen:

Zeitraum:

Grund:

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen des Antragsverfahrens die Weitergabe meiner Daten an von der Ärztekammer beauftragte Dritte (Fachgutachter, Prüfungsausschuss) erfolgt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Antrag auf Anerkennung einer Bezeichnung im Ausland kostenpflichtig ist. Rechtliche Grundlage ist die aktuelle Gebührenordnung der Ärztekammer Nordrhein. Über die anfallenden Gebühren wird ein gesonderter Kostenbescheid erstellt.

Ort / Datum

Unterschrift

Name Antragsteller: _____

Weiterbildung und ggf. Berufserfahrung im Ausland

Nr.	von/bis (T/M/J)	Land	Name der Tätigkeitsstätte	Name des anleitenden Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit	Anrech- nung erfolgt durch ÄKNo
1					<input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ____ h/Woche ____ %	
2					<input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ____ h/Woche ____ %	
3					<input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ____ h/Woche ____ %	
4					<input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ____ h/Woche ____ %	
5					<input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ____ h/Woche ____ %	
6					<input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ____ h/Woche ____ %	

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben genannten Daten wird bestätigt.

Ort / Datum

Unterschrift

Folgende Unterlagen sind einzureichen:

- Urkunden in deutscher, beglaubigter Übersetzung und eine Kopie
- Zeugnisse in deutscher, beglaubigter Übersetzung und eine Kopie

Sämtliche Unterlagen verbleiben bei der Ärztekammer Nordrhein.