

Antrag

auf Anerkennung von im Ausland absolvierten Weiterbildungsabschnitten gem. § 10 der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte vom 15.06.2020 (WBO) auf die Weiterbildung in einem Gebiet, einem Schwerpunkt oder einer Zusatzbezeichnung nach WBO.

Ich beantrage die Anerkennung für die folgende Weiterbildungsbezeichnung nach WBO:

Persönliche Angaben:	
Titel, Name, Vorname	_____
ggf. Geburtsname	_____
Geburtsdatum:	_____ _____ _____ Tag Monat Jahr
Geburtsort:	_____

Privatanschrift:	
Straße, PLZ Ort	_____
Telefon mobil: _____	Telefon Festnetz: _____
E-Mail: _____	

Aktueller Tätigkeitsort (bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Praxis und des/der Weiterbilders/in angeben):	
Angabe KH Praxis Weiterbilder/in:	_____

Straße, PLZ Ort	_____
Telefon dienstlich: _____	Telefon mobil: _____
E-Mail: _____	

Angaben zu Befähigungsnachweisen Berufserlaubnis Approbation zur Ausübung des ärztlichen Berufes:	
Erteilung des ausländischen Befähigungsnachweises am:	_____ _____ _____ Tag Monat Jahr
Ausstellende Behörde Stelle:	_____
Erteilung der	
<input type="checkbox"/> Approbation gemäß § 3 Bundesärzteordnung am:	_____ _____ _____ Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/> Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 BÄO am:	_____ _____ _____ Tag Monat Jahr
Ausstellende Behörde Stelle:	_____

Wird von der Ärztekammer ausgefülltAntragsübermittlung persönlich | per Post | per E-Mail Alle Nachweise lagen im Original vor | Anfertigung von Kopien | Kürzel/Datum:**Bisherige Tätigkeiten in Deutschland:**

von	bis	Weiterbildungsstätte	Fachgebiet	Weiterbilder/in	Monate

Ich bitte um Anerkennung meiner nachfolgend aufgeführten, im Ausland absolvierten Weiterbildung gemäß § 10 WBO als Weiterbildung:

von	bis	Weiterbildungsstätte	Fachgebiet	Weiterbilder/in	Monate

Für die Anerkennung sind folgende Unterlagen vorzulegen:

- Weiterbildungszeugnisse mit Beschreibung der Weiterbildungsstätte (Zahl der Betten / Patientengut) sowie detaillierter Beschreibung der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit, einschließlich Richtzahlen
- ggf. ersatzweise Weiterbildungsanforderungen des Herkunftslandes (z.B. Aus-/Weiterbildungscurriculum)
- ergänzende Nachweise über die im Einzelnen erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten (z.B. OP-Kataloge, Logbuch, Kursnachweise etc.)
- Approbation aus dem Herkunftsland (Nachweis über die staatliche Zulassung, den ärztlichen Beruf selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben)
- Zeugnisse aus in Deutschland absolvierten Weiterbildungsabschnitten (falls Zeiten abgeleistet wurden)

Hiermit erkläre ich, dass

- 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,
- ich bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung meines im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises gestellt habe,
- in keinem Fall ein von mir gestellter Antrag von einer anderen Ärztekammer abgewiesen wurde oder ein Widerspruchsverfahren anhängig ist.
- ich damit einverstanden bin, dass sämtliche im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende Korrespondenz per E-Mail erfolgt

Wichtige Hinweise:

- Alle Nachweise sind der Ärztekammer Hamburg im Original und in zweifacher Kopie einer beglaubigten, deutschen Übersetzung von einem öffentlich bestellten Übersetzer als Anlage zu diesem Antrag vorzulegen. Ein Verzeichnis der Übersetzer finden Sie unter: www.justizdolmetscher.de

- Wenn Sie Ihren Antrag persönlich abgeben möchten, einen Telefontermin oder einen Besuchstermin für eine persönliche Beratung wünschen, vereinbaren Sie bitte unbedingt vorher per E-Mail oder telefonisch einen Termin mit der zuständigen Bearbeiterin Frau Salhi | Montag bis Freitag 8.30 bis 13.30 Uhr | Anschrift: Weidestraße 122b, 22083 Hamburg, 13. Etage
→ E-Mail: antragsanerkennung@aekhh.de oder Telefon: 040 202299-266
- Die Bearbeitungsgebühr eines Antrags beträgt EUR 150,00.

Datum: _____ Unterschrift: _____