

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. Arbeitgeberwechsel während eines laufenden Antrags auf Zulassung zur Prüfung sind der Weiterbildungsabteilung unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls kann durch die Befangenheit eines bereits gefundenen Prüfungsgremiums eine Absage Ihres Prüfungstermins die Folge sein.

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:			

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