Ärztekammer Hamburg

Antrag auf Zulassung zur Weiterbildungsprüfung
zum Erwerb der Anerkennung Fachärztin / Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie

gemäß Übergangsbestimmungen in § 20 Abs. 4 WBO 2020 i.d.F.v. 09.09.2024

1 Persönliche Angaben

Titel, Vorname, Name

Anschrift

Geburtsdatum

Geburtsort

E-Mail

Geschlecht

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

Mobil

Telefon

2 Aktueller Tätigkeitsort (bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. Praxis angeben)

Tätigkeitsort

Anschrift

E-Mail

Telefon/Mobil

3 Hiermit erkläre ich, dass

☐ ich zum Zeitpunkt der Prüfung Mitglied der Ärztekammer Hamburg sein werde

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

☐ ich damit einverstanden bin, dass sämtliche Korrespondenz zu meinem Antrag per E-Mail erfolgt.

5 Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit Approbation in zeitlicher Reihenfolge:

Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis, sonstige Einrichtung)

Abteilung

Weiterbildungsbefugte:r

von (taggenaue Angabe)

bis (taggenaue Angabe)

Anzahl Monate

Tätigkeitsart und -umfang

in Prozent oder Std./Woche

☐ Arzt/Ärztin in Weiterbildung ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

z.B. Fachärztin/-arzt | Oberärztin/-arzt | Chefärztin/-arzt

☐ Sonstige

Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis, sonstige Einrichtung)

Abteilung

Weiterbildungsbefugte:r

von (taggenaue Angabe)

bis (taggenaue Angabe)

Anzahl Monate

Tätigkeitsart und -umfang

in Prozent oder Std./Woche

☐ Arzt/Ärztin in Weiterbildung ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

z.B. Fachärztin/-arzt | Oberärztin/-arzt | Chefärztin/-arzt

☐ Sonstige

Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis, sonstige Einrichtung)

Abteilung

Weiterbildungsbefugte:r

von (taggenaue Angabe)

bis (taggenaue Angabe)

Anzahl Monate

Tätigkeitsart und -umfang

in Prozent oder Std./Woche

☐ Arzt/Ärztin in Weiterbildung ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

z.B. Fachärztin/-arzt | Oberärztin/-arzt | Chefärztin/-arzt

☐ Sonstige

Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis, sonstige Einrichtung)

Abteilung

Weiterbildungsbefugte:r

von (taggenaue Angabe)

bis (taggenaue Angabe)

Anzahl Monate

Tätigkeitsart und -umfang

in Prozent oder Std./Woche

☐ Arzt/Ärztin in Weiterbildung ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

z.B. Fachärztin/-arzt | Oberärztin/-arzt | Chefärztin/-arzt

☐ Sonstige

Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis, sonstige Einrichtung)

Abteilung

Weiterbildungsbefugte:r

von (taggenaue Angabe)

bis (taggenaue Angabe)

Anzahl Monate

Tätigkeitsart und -umfang

in Prozent oder Std./Woche

☐ Arzt/Ärztin in Weiterbildung ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

z.B. Fachärztin/-arzt | Oberärztin/-arzt | Chefärztin/-arzt

☐ Sonstige

Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis, sonstige Einrichtung)

Abteilung

Weiterbildungsbefugte:r

von (taggenaue Angabe)

bis (taggenaue Angabe)

Anzahl Monate

Tätigkeitsart und -umfang

in Prozent oder Std./Woche

☐ Arzt/Ärztin in Weiterbildung ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

z.B. Fachärztin/-arzt | Oberärztin/-arzt | Chefärztin/-arzt

☐ Sonstige

Weiterbildungsstätte (Klinik, Praxis, sonstige Einrichtung)

Abteilung

Weiterbildungsbefugte:r

von (taggenaue Angabe)

bis (taggenaue Angabe)

Anzahl Monate

Tätigkeitsart und -umfang

in Prozent oder Std./Woche

☐ Arzt/Ärztin in Weiterbildung ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

z.B. Fachärztin/-arzt | Oberärztin/-arzt | Chefärztin/-arzt

☐ Sonstige

5 Bereits erworbene Anerkennungen

Bezeichnung

erteilt durch die Ärztekammer

Datum

Bezeichnung

erteilt durch die Ärztekammer

Datum

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in