Ärztekammer Hamburg

Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung
gemäß § 16 der Weiterbildungsordnung vom 15.06.2020

1 Art der Prüfung

Facharztbezeichnung

Schwerpunktbezeichnung

Zusatz-Weiterbildung

Grundorientierung bei P-Fächer

☐ TP ☐ VT ☐ ST

* Tiefenpsychologie (TP) | Verhaltenstherapie (VT) | Systemische Therapie (ST)

2 Persönliche Angaben

Titel, Vorname, Name

Anschrift

Geburtsdatum

Geburtsort

E-Mail

Geschlecht

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

Mobil

Telefon

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

Tätigkeitsort

Anschrift

E-Mail

Telefon/Mobil

4 Angaben zur nicht bestandenen Prüfungen und Auflagen

Hiermit bitte ich um Zulassung zur Wiederholungsprüfung.

Datum der nicht bestandenen Prüfung

Anlässlich der nicht bestandenen Prüfung wurde mir vom Prüfungsausschuss eine Auflage erteilt, die ich wie folgt erfüllt habe.

Anzahl der Monate

Ergänzende Weiterbildung über einen Zeitraum von Monaten (Weiterbildungszeugnis ist im Original oder in beglaubigter Kopie beizufügen)

Anzahl der Monate

Ergänzender Wissenserwerb über einen Zeitraum von Monaten anhand folgender Quellen: Literatur (Auflistung), Kurse (Nachweise sind im Original bzw. beglaubigter Kopie beizufügen),

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

4 Angaben zur nicht bestandenen Prüfungen und Auflagen

Hiermit bitte ich um Zulassung zur Wiederholungsprüfung.

Datum der nicht bestandenen Prüfung

Anlässlich der nicht bestandenen Prüfung wurde mir vom Prüfungsausschuss eine Auflage erteilt, die ich wie folgt erfüllt habe.

Ergänzende Weiterbildung wurde absolviert in Monaten

Das Weiterbildungszeugnis ist im Original oder in beglaubigter Kopie beizufügen)

Ergänzender Wissenserwerb über den Zeitraum von Monaten

anhand folgender Quellen: Literatur (Auflistung), Kurse (Nachweise sind im Original bzw. beglaubigter Kopie beizufügen),

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in