Ärztekammer Hamburg

Antrag
auf Zulassung zur Weiterbildungsprüfung

1 Weiterbildungsordnung

☐ gemäß WBO vom 21.02.2005 (alte WBO) ☐ gemäß WBO vom 15.06.2020 (neue WBO)

2 Angestrebte Qualifikation

Facharztbezeichnung

Schwerpunktbezeichnung

Zusatz-Weiterbildung

Grundorientierung bei P-Fächer*

☐ TP ☐ VT ☐ ST

* Tiefenpsychologie | Verhaltenstherapie | Systemische Therapie

3 Persönliche Angaben

Titel, Vorname, Name

Anschrift

Geburtsdatum

Geburtsort

E-Mail

Geschlecht

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

Mobil

Telefon

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

Tätigkeitsort

Anschrift

E-Mail

Telefon/Mobil

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

6 Bereits erworbene Anerkennungen

Bezeichnung

erteilt durch die Ärztekammer

Datum

Bezeichnung

erteilt durch die Ärztekammer

Datum

7 Hiermit erkläre ich, dass

- [ ] 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 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 / mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) stattfinden kann
- [ ] ich bei keiner weiteren Ärztekammer gemeldet bin
- [ ] ich ebenfalls bei einer anderen Ärztekammer (Doppelmitgliedschaft) gemeldet bin — Ärztekammer
- [ ] meine Weiterbildung unterbrochen wurde durch

Grund der Unterbrechung	Von (Datum)	bis (Datum)
Grund der Unterbrechung	Von (Datum)	bis (Datum)

- [ ] meine Weiterbildung nicht unterbrochen wurde (ausgenommen tariflicher Erholungsurlaub)
- [ ] ich die im (e)Logbuch aufgeführten Eingriffe durchgeführt habe und ich auf Anforderung OP-Berichte vorlege
- [ ] ich beabsichtige, folgende weitere Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung zu einem späteren Zeitpunkt zu erwerben: — Bezeichnung
- [ ] meine bestandene Facharztprüfung **Allgemeinmedizin** der KVH gemeldet werden darf
- [ ] ich die allgemeinen Informationen und die Antrags-Checkliste zur Kenntnis genommen habe

Ort, Datum	**Unterschrift Antragsteller:in**