Ärztekammer Hamburg

Antrag
auf formale Zeitenbestätigung

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

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 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

6 Hiermit erkläre ich, dass

☐ ich bei keiner weiteren Ärztekammer gemeldet bin

☐ ich ebenfalls bei einer anderen Ärztekammer (Doppelmitgliedschaft) gemeldet bin

Ärztekammer

☐ 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

☐ 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 beabsichtige, folgende weitere Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung zu erwerben:

Bezeichnung

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in