



Bezirksärztekammer Koblenz

Weiterbildung

Emil-Schüller-Straße 45

56068 Koblenz

## ANTRAG AUF ANERKENNUNG

nach den Bestimmungen der WBO von

1996

2006

als Facharzt für: \_\_\_\_\_

im Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

in der Zusatz-Weiterbildung (Bereich): \_\_\_\_\_

der fakultativen Weiterbildung: \_\_\_\_\_

des Fachkundenachweises: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße/Ort): \_\_\_\_\_

Dienstadresse (Klinik bzw. Praxis/Ort): \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (dienstl.): \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Berufserlaubnis, Datum: \_\_\_\_\_

Approbation, Datum: \_\_\_\_\_

Promotion, Datum: \_\_\_\_\_

Habilitation, Datum: \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie Ihrem Antrag Unterlagen anhand der Antrags-Checkliste bei.**

### Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten

Zeitraum	Dienststelle	Fach	Dienststellung: (z.B. Chef-, Ober-, Assistenzarzt)	Zeit in Monaten
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				
von _____ bis _____				

**Hiermit erkläre ich,**

- dass ich bei keiner anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland einen entsprechenden Antrag gestellt habe.

**Ferner erkläre ich,**

- dass ich in keinem Fall bzw.  
 dass ich in folgenden Fällen

eine Ablehnung des Antragsverfahrens wegen Nichtbestehens der Prüfung bzw. Nichterfüllung der Voraussetzungen erhalten habe:

\_\_\_\_\_

- Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Zeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (außer dem üblichen Urlaub) unterbrochen waren.**

- Meine Tätigkeit wurde unterbrochen:**

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

wegen \_\_\_\_\_



**Wichtig!**

Bei Vorlage des Antrages ist die Zahlung der Verwaltungsgebühr fällig.

Die Gebühr in Höhe von € \_\_\_\_\_ wurde am \_\_\_\_\_ überwiesen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_