

(nur von der Ärztekammer auszufüllen:)

Zahlungsvermerk liegt bei

Antragsnr.: _____

Eingangsdatum: _____

Kürzel: _____ VVW:

Antrag auf Anerkennung der

ZUSATZBEZEICHNUNG: _____

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

private Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Approbation erteilt am: _____ durch: _____

bereits erteilte Anerkennungen gemäß Weiterbildungsordnung:

_____ durch Ärztekammer: _____

_____ durch Ärztekammer: _____

_____ durch Ärztekammer: _____

Hinsichtlich der **Prüfungsplanung** können Sie Termine, zu denen Sie aus wichtigem Grund (gebuchter Urlaub, Kongresse etc.) nicht zur Verfügung stehen, hier angeben:

BITTE HINWEISE AUF DER LETZTEN SEITE BEACHTEN!

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeit in zeitlicher Reihenfolge

Unterbrechungen der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc. sind präzise einzutragen.

von	bis	Weiterbildungsstätte: Ort	Name	Abteilung	Name des Weiterbilders	wöchentl. Arbeitszeit (in %)	Zeit in Monaten

Hiermit erkläre ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und

- ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung gestellt habe,
- ich bisher bei keiner weiteren Ärztekammer einen Antrag auf Vorabprüfung meiner Weiterbildungszeiten gestellt habe,
- mir noch nie eine Weiterbildungsbefugnis bzw. für folgende(n) Bereich(e) eine Weiterbildungsbefugnis erteilt wurde.

Bremen/Bremerhaven,

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie:

Dem Antrag sind **im Original oder als beglaubigte Kopie** beizufügen:

- die für die beantragte Bezeichnung relevanten Weiterbildungszeugnisse und Bescheinigungen
- Dokumentation der jährlichen Gespräche mit dem Weiterbilder (§ 8 Abs. 2 WbO)
- bei operativen Fächern die entsprechenden Kataloge (selbst unterschrieben **und** vom Weiterbilder **auf jeder** Seite gegengezeichnet)
- Arbeitsverträge zu den relevanten Weiterbildungsabschnitten
- Kursnachweise, sofern in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben

Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Telefonnummern und E-Mail-Adresse an:

dienstlich:
privat:
Handy:
E-Mail:

Für die Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung einer Zusatzbezeichnung wird eine Gebühr in Höhe von € **150,-** erhoben. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir mit der Bearbeitung Ihres Antrages erst nach Zahlungseingang beginnen können.

Zahlung per Überweisung an: *Deutsche Apotheker und Ärztebank*
IBAN DE53 3006 0601 0001 2164 57
BIC DAAEDEDXXX
Verwendungszweck: WB/ZB/Name

Ermächtigung für SEPA-Lastschrift im Einzugsverfahren (einmalig)

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Bremen widerruflich, die von mir zu entrichtende einmalige Zahlung für die
Zusatzbezeichnung _____
zu Lasten meines Girokontos mit der IBAN : _____,
BIC: _____ bei der _____
einzuziehen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers

Name des Antragstellers in Blockschrift

Bareinzahlung (nicht per Posteingang) Empfang bestätigt _____
Stempel und Unterschrift