



**Antrag auf Zulassung zur Prüfung und Anerkennung der Bezeichnung
Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz-Weiterbildung /
Qualifikation / Curriculare Fortbildung der ÄK**

(Bitte beantragte Bezeichnung angeben)

auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 20. Juni 2005 in der aktuell geltenden Fassung

Titel, Name, Vorname

Privatanschrift

Telefon-Nummer privat

Dienstanschrift

Telefon-Nummer dienstlich

Geburtsdatum, Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Diesem Antrag sind beizufügen:

1. unterschriebener Lebenslauf mit beruflichem Werdegang
im Original oder in beglaubigter Kopie:
2. Weiterbildungszeugnisse für jeden einzelnen Weiterbildungsabschnitt (inkl. Leistungs- und Operationskataloge)
3. Dokumentation der Weiterbildung, z. B. anhand des Logbuchs (ACHTUNG! Die geforderten Richtzahlen sind mit einer exakten Zahl zu belegen, keine ca. Angaben)
4. *ggf. Leistungs- und Operationskataloge, gegengezeichnet auf jeder Seite vom Weiterbilder und nach ersten und zweiten Assistenzen aufgelistet.*
5. Dokumentation der Gespräche über den Stand der Weiterbildung (z. B. Logbuch)
6. ggf. Rotationspläne (Auflistung der jeweiligen Abteilung und Weiterbildungsverantwortlichen)
7. Arbeitsverträge (in einfacher Kopie)

Das letzte Zeugnis zur Weiterbildung im beantragten Gebiet muss eine Stellungnahme über die fachliche Eignung enthalten. Sämtliche Weiterbildungszeugnisse müssen detaillierte Angaben über die in der Weiterbildungszeit im Einzelnen vermittelten und erworbenen Fertigkeiten enthalten.

Bitte beachten Sie: Ein Prüfungstermin kann erst anberaumt werden, wenn die Zulassung zur Prüfung ausgesprochen wurde.

Ich bestätige, dass ich alle im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe eigenverantwortlich durchgeführt habe.

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung gestellt habe, noch dass ein Antrag auf Anerkennung dieser Bezeichnung abgewiesen worden ist bzw. ein Berufungsverfahren anhängig ist.

Ort, Datum

Unterschrift (Stempel)

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

Monate

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

Monate

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

Monate

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders: