



Antrag auf Anerkennung einer ausländischen Berufsqualifikation / Weiterbildung

beantragte FA-Bezeichnung

auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 29. Juni 2020 in der aktuell geltenden Fassung

Titel, Name, Vorname

Privatanschrift

Telefon-Nummer privat

Dienstanschrift

Telefon-Nummer dienstlich

Geburtsdatum, Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Diesem Antrag sind beizufügen:

- unterschriebener Lebenslauf

Für die Anerkennung einer Weiterbildung:

- Nachweis Hochschulabschluss
- Weiterbildungszeugnisse bzw. Bestätigungen oder sonstige Unterlagen, mit denen die bislang absolvierte Weiterbildung nachgewiesen werden kann
 - aus den Nachweisen/ Zeugnissen muss hervorgehen, in welcher Einrichtung, wie lange, in welcher Tätigkeit der Antragsteller gearbeitet hat
 - welche Kenntnisse, Erfahrungen, Fertigkeiten in dieser Zeit erworben wurden
- Leistungs- und Operationskataloge, aus denen hervorgeht, welche Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe der Antragsteller durchgeführt hat
- Unbedenklichkeitsbescheinigung der zuständigen Stelle
- Nachweis der deutschen Sprache
- ggf. Arbeitszeugnis des derzeitigen Weiterbilders in Mecklenburg-Vorpommern

Für die Anerkennung einer Berufsqualifikation (EU):

- Urkunde/Diplom über die Anerkennung der Berufsqualifikation
- ggf. Konformitätsbescheinigung der zuständigen Stelle (entspr. RL 2005/36/EG)
- ggf. Unbedenklichkeitsbescheinigung der zuständigen Stelle

Für die Anerkennung einer Berufsqualifikation (Drittstaat):

- Nachweis Hochschulabschluss
- Urkunde/Diplom über die Anerkennung der Berufsqualifikation
- Weiterbildungszeugnisse bzw. Bestätigungen oder sonstige Unterlagen, mit denen die bislang absolvierte Weiterbildung nachgewiesen werden kann
 - aus den Nachweisen/ Zeugnissen muss hervorgehen, in welcher Einrichtung, wie lange, in welcher Tätigkeit der Antragsteller gearbeitet hat
 - welche Kenntnisse, Erfahrungen, Fertigkeiten in dieser Zeit erworben wurden



- Leistungs- und Operationskataloge, aus denen hervorgeht, welche Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe der Antragsteller durchgeführt hat
- Unbedenklichkeitsbescheinigung der zuständigen Stelle
- Nachweis der deutschen Sprache
- ggf. Arbeitszeugnis des derzeitigen Weiterbilders in Mecklenburg-Vorpommern

Bitte beachten Sie:

Alle Dokumente sind im Original oder als beglaubigte Kopie und in einer von einem staatlich anerkannten Dolmetscher beeidigten Übersetzung sowie per E-Mail an international@ae-k-mv.de einzureichen.

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: