

Schönbornstr. 10, 54295 Trier  
Tel.: 0651/994759-0, Fax: 994759-22  
[www.aerztekammer-trier.de](http://www.aerztekammer-trier.de)  
e-mail: [weiterbildung@aerztekammer-trier.de](mailto:weiterbildung@aerztekammer-trier.de)

Posteingang:

Antrag auf Anerkennung    WBO 2006     WBO 2022

als Facharzt/-ärztin für:		
im Schwerpunkt:		
der Zusatzbezeichnung:		
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geb.Ort:	
Privatanschrift:		
Dienstanschrift:		
Telefon: dienstlich:	privat:	
E-mail:	Nationalität:	
Ärztl. Prüfung am:	Ort:	
Berufserlaubnis am:	Ort:	
Approbation am:	Ort:	
Promotion am:	Ort:	
Folgende Anerkennungen wurden mir bisher durch eine Ärztekammer erteilt:		
Gebiet/Schwerpunkt/Bereich	Ärztekammer	am
Gebiet/Schwerpunkt/Bereich	Ärztekammer	am

Hiermit erkläre ich, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag hierfür gestellt habe bzw. ein von mir gestellter Antrag abgewiesen/ein Verfahren hierüber in Schweben ist.

Hinweise:

- Die Zeugnisse haben im Einzelnen die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers darzulegen und zur Frage der Eignung ausführlich Stellung zu nehmen.
- Für Zeugnisse über Weiterbildung im Ausland, Diplome oder sonstige Urkunden in fremder Sprache benötigen wir eine deutsche Übersetzung von einem beeidigten Dolmetscher/Übersetzer.

**Weiterbildungsgang in zeitlicher Reihenfolge:**

Lfd. Nr.	Von – bis (jew. genaues Datum)	Krankenhaus/ Praxis	Abteilung und leitender Arzt	Dienst- stellung (z.B. OA, Ass.arzt)	Zeit in Monaten

Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder Urlaub (außer dem üblichen Urlaub) unterbrochen waren.

Meine Weiterbildungszeiten wurden unterbrochen

durch \_\_\_\_\_

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

**Bitte beachten Sie, dass bei einem Wechsel der Ärztekammer vor Ablegung der Prüfung das Antragsverfahren beendet werden muss.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben und bin mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Beizufügen sind im Original mit jeweils 4 Fotokopien:

1. Weiterbildungszeugnisse seit der ärztlichen Prüfung (nur für die beantragte Bezeichnung relevante)
2. Bei operativen Fächern: OP-Kataloge, vom weiterbildungsbefugten Arzt auf allen Seiten unterzeichnet (bei Anträgen nach WBO 2006)
3. Kursbescheinigungen, sofern Teil der Weiterbildung
4. (e)-Logbuch

<b>Originale wurden vorgelegt und zurückgereicht an Antragsteller/in:</b>	
Datum	Unterschrift

Die Unterlagen (außer Originale) verbleiben bei der Bezirksärztekammer.