



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt am Main

Postfach 90 06 69
60446 Frankfurt am Main

Telefon: 069/97672-0 Telefax: 069/97672-222

Antrag auf Anerkennung der Gebietsbezeichnung / Schwerpunktbezeichnung / Zusatz-Weiterbildung

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift: _____ Telefon privat: _____

Dienststelle: _____ Telefon dienstl.: _____

	Datum	Ort / ausstellende Behörde
Erlaubnis gemäß § 10 Abs. 4 BÄO (ÄiP)	_____	_____
Erlaubnis gemäß § 10 Abs. 3 BÄO:	_____	_____
Approbation:	_____	_____
Promotion:	_____	_____
Gemeldet seit:	_____	Bezirksärztekammer _____

Gewünschter Prüfungsmonat (falls Prüfung erforderlich): _____

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Erlaubnis für die Tätigkeit als Ärztin/Arzt im Praktikum gemäß § 10 Abs. 4 der Bundesärztekammer (Vorder- und Rückseite) - *beglaubigte Kopie*
2. Approbationsurkunde - *beglaubigte Kopie*
3. Promotionsurkunde - *beglaubigte Kopie*
4. Alle Anstellungsverträge seit Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit *in Kopie*
5. Alle Zeugnisse und Bescheinigungen seit Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit - *beglaubigte Kopien*
Sofern der Nachweis von Operationen/Anästhesien verlangt wird, ist ein Verzeichnis der *selbständigen* Durchführung erforderlich, das von der/dem ermächtigten Ärztin/Arzt gegengezeichnet werden muß. Die **Aufschlüsselung** muß entsprechend der Gruppeneinteilung in den „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“ vorgenommen werden und nach **Art des Eingriffes** und **anatomischer Region differenziert** sein.

Von Ärztinnen / Ärzten aus dem Ausland benötigen wir **zusätzlich** folgende Unterlagen:

1. Lückenlose Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 Abs. 3 der Bundesärztekammer - *beglaubigte Kopie*
2. Genehmigung zur Führung akademischer Grade ausländischer Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland - *beglaubigte Kopie*
3. Fremdsprachige Diplome und Zeugnisse *im Ursprungstext und in amtlicher Übersetzung* in deutscher Sprache - *beglaubigte Kopie*

Zu meinem gestellten Antrag erkläre ich, daß ich

1. bei **keiner anderen Ärztekammer** in der Bundesrepublik Deutschland **einen Antrag auf Anerkennung zur Führung einer Gebiets- / Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung** gestellt habe,
2. in **keinem Fall** – in folgenden Fällen - **ein solcher Antrag abgewiesen worden ist oder noch ein Widerspruchsverfahren läuft,**
3. **bereits im Besitz einer** - folgender – **Anerkennung(en) aus dem Bereich der Bundesrepublik Deutschland oder aus dem Ausland bin:**

Bereits ausgesprochene Anerkennung: _____ durch: _____

Bereits ausgesprochene Anerkennung: _____ durch: _____

Datum: _____

(Unterschrift)