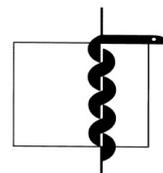


## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Sportmedizin gem. WbO 2006

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Privatanschrift:			
Telefon:		Fax:	Email:
Dienstanschrift:			
Telefon:		Fax:	Email:
Staatsangehörigkeit:			<b>Dieser Abschnitt wird von der Kammer ausgefüllt</b>
Approbation am:		Ort:	
Promotion am:		Ort:	
Folgende Anerkennung(en) wurde(n) mir bisher durch eine Ärztekammer erteilt (bitte Angabe mit Erteilungsdatum):			
Telefon: Klinik:		Privat:	Telefax:
<p><b>Hiermit erkläre ich, dass</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich z.Zt. bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung gestellt habe,</li> <li>- in keinem Fall – in folgenden – Fällen ein Antrag von mir auf Anerkennung, wegen Nichtbestehens der Prüfung bzw. Nichterfüllung der Voraussetzungen, abgewiesen worden ist oder noch ein Berufungsverfahren hinsichtlich einer Anerkennung läuft:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (ausgenommen der tarifliche Jahresurlaub) unterbrochen waren.</li> <li>- Meine Weiterbildung wurde unterbrochen:</li> </ul> <p>- von:                      bis:                      durch:</p>			
Ort/Datum:		Unterschrift: _____	



## Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Sportschäden und Sportverletzungen sowie die Untersuchung des Einflusses von Bewegung, Bewegungsmangel, Training und Sport auf den gesunden und kranken Menschen.

Anerkennung als Facharzt für

wurde am:

durch die Ärztekammer:

erteilt.

12-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes für Sportmedizin an einer zugelassenen sportmedizinischen Einrichtung

von:                      bis:                      Krankenhaus/Praxis:

von:                      bis:                      Krankenhaus/Praxis:

oder anteilig ersetzbar durch

Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 240 Stunden in Sportmedizin

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

120 Stunden sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung innerhalb von mindestens 12 Monaten

von:                      bis:                      wo: