

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

Infektiologie

Gebiet/Schwerpunkt _____

Gemäß folgender Weiterbildungsordnung: WBO 2006 **oder** WBO 2022

Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden.

Hierzu stellen Sie **vorab** einen gesonderten Antrag.

2. Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsdatum: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Vorname: _____ Geburtsort/Land: _____

Akad. Grad(e): _____ Staatsangehörigkeit: _____

Datum Promotion: [] [] . [] [] . [] [] [] [] Ort: _____

Datum Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Datum zahnärztliche Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

3. Anschrift und Kontakt

Dienstanschrift

Dienststelle: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____

Antrag auf Anerkennung

Vorname: _____

Nachname: _____

4. Bisher erworbene Bezeichnungen

Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____

5. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass....

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe. Ja Nein

wenn „ja“ bei der Ärztekammer: _____ (Bitte Bescheid beifügen.)

...eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer _____ besteht. Ja Nein

...die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Weiterbildungszeiten,

außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind. Ja Nein

Falls „Ja“

Meine Weiterbildung wurde wegen _____ unterbrochen.

(z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

Zeiträume der Unterbrechungen:

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Infektiologie

Vorname: _____ Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Infektiologie WBO 2022

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Infektiologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung erregurbedingter Erkrankungen sowie die interdisziplinäre Beratung bei Fragen, die Infektionskrankheiten oder deren Abschluss betreffen.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder in Hygiene und Umweltmedizin und zusätzlich <ul style="list-style-type: none"> 12 Monate Infektiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

Facharztanerkennung in einem der genannten Gebiete

Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer								
_____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_____
_	_	_	_	_	_	_	_			

Weiterbildungszeit

	Zeitraum	Land	Weiterbildungsstätte, (Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.)	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit																
1	von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
_	_	_	_	_	_	_	_															
_	_	_	_	_	_	_	_															
2	von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
_	_	_	_	_	_	_	_															
_	_	_	_	_	_	_	_															
3	von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
_	_	_	_	_	_	_	_															
_	_	_	_	_	_	_	_															
4	von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> <td style="width: 10%;"> _ </td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
_	_	_	_	_	_	_	_															
_	_	_	_	_	_	_	_															

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Rheinhesen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum:

_	_	_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

Unterschrift