

# Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

## 1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

**Kardiale Magnetresonananztherapie**

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> </tr> </table>	□□□	·	□□□	·	□□□□□□	_____
□□□	·	□□□	·	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <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> </tr> </table>	□□□	·	□□□	·	□□□□□□	_____
□□□	·	□□□	·	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <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 Kardiale Magnetresonanztomographie

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

## Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie WBO 2022

<b>Definition</b>	Die Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung der kardialen Magnetresonanztomographie.
<b>Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facharztanerkennung für Innere Medizin und Kardiologie <u>und zusätzlich</u></li> <li><b>12 Monate Kardiale Magnetresonanztomographie</b> unter Befugnis an Weiterbildungsstätten</li> </ul>

## Facharztanerkennung für Innere Medizin und Kardiologie

Facharzt	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> </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"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </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 _____ hWoche _____ %
2	von <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </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 _____ hWoche _____ %
3	von <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </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 _____ hWoche _____ %
4	von <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </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 _____ hWoche _____ %

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 beigelegte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum: 

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

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Unterschrift