

# Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

## 1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

**Suchtmedizinische Grundversorgung**

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> </tr> </table>	□□	□□	□□□□□□	_____
□□	□□	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□□□</td> </tr> </table>	□□	□□	□□□□□□	_____
□□	□□	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□□□</td> </tr> </table>	□□	□□	□□□□□□	_____
□□	□□	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <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 Suchtmedizinische Grundversorgung

Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

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

## Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung Auszug WBO 2022

<b>Definition</b>	Die Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheitsbildern im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht-stoffgebundener Suchterkrankungen.
<b>Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facharztanerkennung <u>und zusätzlich</u></li> <li><b>50 Stunden Kurs-Weiterbildung</b> gemäß § 4 Absatz 6 in Suchtmedizinische Grundversorgung</li> </ul>

## Facharztanerkennung

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><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____

## Anerkannte Kurse für Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Stunden)

	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden										
1	von _____ bis _____ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____	_____
2	von _____ bis _____ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____	_____
3	von _____ bis _____ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____	_____
4	von _____ bis _____ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____	_____
5	von _____ bis _____ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____	_____
6	von _____ bis _____ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____	_____
7	von _____ bis _____ <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____	_____

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 Rheinhausen.

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