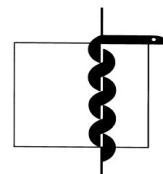


## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Akupunktur gem. WbO 2006

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Privatanschrift:			
Telefon:		Fax:	Email:
Dienstanschrift:			
Telefon:		Fax:	Email:
Staatsangehörigkeit:			Dieser Abschnitt wird von der Kammer ausgefüllt
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>Hiermit erkläre ich, dass</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> <p>- Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (ausgenommen der tarifliche Jahresurlaub) unterbrochen waren.</p> <p>- Meine Weiterbildung wurde unterbrochen:</p> <p>- von:                      bis:                      durch:</p>			
Ort/Datum:		Unterschrift: _____	



## Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Akupunktur

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Akupunktur umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die therapeutischen Beeinflussung von Körperfunktionen über definierte Punkte und Areale der Körperoberfläche durch Akupunkturtechniken, für die eine Wirksamkeit nachgewiesen ist.

**Anerkennung als Facharzt für** \_\_\_\_\_

**wurde am:** \_\_\_\_\_

**durch die Ärztekammer:** \_\_\_\_\_

**erteilt.**

**Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 120 Stunden mit praktischen Übungen in Akupunktur**

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**Anschließend unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten**

**1) 60 Stunden praktische Akupunkturbehandlungen**

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**2) 20 Stunden Fallseminare in mindestens 5 Sitzungen innerhalb von mindestens 24 Monaten**

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_