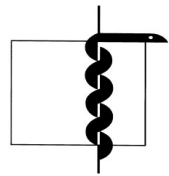


Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Betriebsmedizin gem. WbO 2006

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"> - Ich z.Zt. bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung gestellt habe, - 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: <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 Betriebsmedizin

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits, die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Vorbeugung, Erkennung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten.

Anerkennung als Facharzt * für _____

wurde am: _____

durch die Ärztekammer: _____

erteilt.

36-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte davon

i. 12 Monate Innere Medizin und Allgemeinmedizin

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

ii. 24 Monate Betriebsmedizin/Arbeitsmedizin

von: _____ bis: _____ Weiterbildungsstätte: _____

von: _____ bis: _____ Weiterbildungsstätte: _____

von: _____ bis: _____ Weiterbildungsstätte: _____

von: _____ bis: _____ Weiterbildungsstätte: _____

Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 360 Stunden, der während der 24 Monate in betriebsmedizinischer/arbeitsmedizinischer Weiterbildung abgeleistet werden sollte

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

* Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung