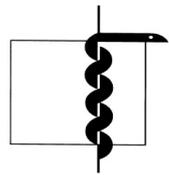


Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Palliativmedizin gem. WbO 2006

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: <ul style="list-style-type: none"> - Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (ausgenommen der tarifliche Jahresurlaub) unterbrochen waren. - Meine Weiterbildung wurde unterbrochen: <p>- von: bis: durch:</p>			
Ort/Datum:		Unterschrift: _____	



Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel unter Einbeziehung des sozialen Umfelds die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicher zu stellen.

<p>Anerkennung als Facharzt für _____</p> <p>wurde am: _____</p> <p>durch die Ärztekammer: _____</p> <p>erteilt.</p>
<p><u>12-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte im Bereich Palliativmedizin</u></p> <p>von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____</p> <p>von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____</p> <p>oder anteilig ersetzbar durch</p> <p><u>Teilnahme an Fallseminaren von 120 Stunden einschließlich Supervision nach Ableistung der Kurs-Weiterbildung</u></p> <p>von: _____ bis: _____ wo: _____</p>
<p><u>Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 40 Stunden in Palliativmedizin</u></p> <p>von: _____ bis: _____ wo: _____</p>