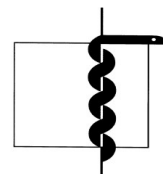


Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Sozialmedizin gem. WbO 2006

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 Sozialmedizin

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im beruflichen und sozialen Umfeld unter Einbeziehung der Klassifikationen von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die Beratung der Sozialleistungsträger in der Frage der medizinischen Versorgung.

Anerkennung als Facharzt für

wurde am:

durch die Ärztekammer:

erteilt.

12-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte im Bereich Sozialmedizin

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

Teilnahme an einem anerkannten Grundkurs von 160 Stunden in Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

Teilnahme an einem anerkannten Aufbaukurs von 160 Stunden in Sozialmedizin

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____