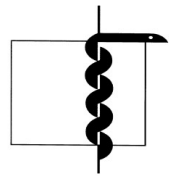


## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Tropenmedizin gem. WbO 2006

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 Tropenmedizin

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Epidemiologie, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, die mit den besonderen Lebensumständen, Krankheitserregern und Umweltbedingungen in tropischen, subtropischen und Ländern mit besonderer klimatischer oder gesundheitlicher Belastung verbunden sind.

<p><b>Anerkennung als Facharzt für</b> _____</p> <p>wurde am: _____</p> <p>durch die Ärztekammer: _____</p> <p>erteilt.</p>
<p><b>12-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen tropenmedizinischen Einrichtung</b></p> <p>von: _____ bis: _____ Ort: _____</p> <p>von: _____ bis: _____ Ort: _____</p>
<p><b>12-Monate tropenmedizinische Tätigkeit in der Patientenversorgung einer medizinischen Einrichtung in den Tropen oder Subtropen</b></p> <p>von: _____ bis: _____ Ort: _____</p> <p>von: _____ bis: _____ Ort: _____</p>
<p><b>Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 3 Monaten in Tropenmedizin und Medizinische Parasitologie</b></p> <p>von: _____ bis: _____ wo: _____</p>