

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

Flugmedizin

Gebiet/Schwerpunkt _____

Gemäß folgender Weiterbildungsordnung: WBO 2006 **oder** WBO 2022

Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden.

Hierzu stellen Sie **vorab** einen gesonderten Antrag.

2. Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsdatum: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Vorname: _____ Geburtsort/Land: _____

Akad. Grad(e): _____ Staatsangehörigkeit: _____

Datum Promotion: [] [] . [] [] . [] [] [] [] Ort: _____

Datum Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Datum zahnärztliche Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

3. Anschrift und Kontakt

Dienstanschrift

Dienststelle: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____

Antrag auf Anerkennung

Vorname: _____

Nachname: _____

4. Bisher erworbene Bezeichnungen

Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____

5. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass....

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe. Ja Nein

wenn „ja“ bei der Ärztekammer: _____ (Bitte Bescheid beifügen.)

...eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer _____ besteht. Ja Nein

...die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Weiterbildungszeiten,
außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind. Ja Nein

Falls „Ja“

Meine Weiterbildung wurde wegen _____ unterbrochen.
(z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

Zeiträume der Unterbrechungen:

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

von:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 bis:

--	--	--

 .

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

Grund: _____

Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin



Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: _____ Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin Auszug WBO 2022 (Kann berufsbegleitend erworben werden)

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Luft- und Raumfahrtmedizin einschließlich der physikalischen und medizinischen Besonderheiten des Aufenthaltes im Luft- und Weltraum sowie die psychophysiologischen Anforderungen an das fliegende Personal einschließlich der Patienten im Lufttransport, der Passagiere sowie der Fluglotsen.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> • Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung <u>und zusätzlich</u> • 180 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Absatz 6 in „Flugmedizin“ <u>und zusätzlich</u> • Flugmedizin gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis (Nachweise in Form von Zeugnissen und/oder Logbüchern beifügen)

Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer																	
_____	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			_____
				

Anerkannte Kurse für Flugmedizin (180 Stunden)

	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden																	
1	von _____ bis _____ <table style="border: none; margin: 5px auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			_____	_____
					
2	von _____ bis _____ <table style="border: none; margin: 5px auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			_____	_____
					
3	von _____ bis _____ <table style="border: none; margin: 5px auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			_____	_____
					

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Rheinhesen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum:

	
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Ort

Unterschrift