

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

Immunologie

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 Zusatzbezeichnung Immunologie

Vorname: _____

Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Immunologie Auszug WBO 2022

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Immunologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die fachspezifische klinische Diagnostik und Therapie von Immundefekten und Immundysregulations-Syndromen einschließlich immundiagnostischer Methoden
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> Facharztanerkennung <u>und zusätzlich</u> 12 Monate Immunologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon müssen 6 Monate im immunologischen Labor abgeleistet werden

Facharztanerkennung

Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer					
_____	<table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table>	□□	·	□□	·	□□□□	_____
□□	·	□□	·	□□□□			

Weiterbildungszeit (davon müssen 6 Monate im immunologischen Labor abgeleistet werden)

	Zeitraum	Land	Weiterbildungsstätte, (Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.)	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit										
1	von <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table>	□□	·	□□	·	□□□□	□□	·	□□	·	□□□□	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
□□	·	□□	·	□□□□												
□□	·	□□	·	□□□□												
2	von <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table>	□□	·	□□	·	□□□□	□□	·	□□	·	□□□□	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
□□	·	□□	·	□□□□												
□□	·	□□	·	□□□□												
3	von <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table>	□□	·	□□	·	□□□□	□□	·	□□	·	□□□□	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
□□	·	□□	·	□□□□												
□□	·	□□	·	□□□□												
4	von <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□</td> <td>·</td> <td>□□□□</td> </tr> </table>	□□	·	□□	·	□□□□	□□	·	□□	·	□□□□	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
□□	·	□□	·	□□□□												
□□	·	□□	·	□□□□												

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 Rheinhessen.

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

Datum:

□□	·	□□	·	□□□□
----	---	----	---	------

Ort _____

Unterschrift _____