

# Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

## 1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

**Medizinische Informatik**

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 Medizinische Informatik

Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

## Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik WBO 2022

<b>Definition</b>	Die Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik umfasst die systematische Verarbeitung von Informationen in der Medizin durch die Modellierung und Realisierung von informationsverarbeitenden Systemen.
<b>Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 Monate ärztliche Tätigkeit <u>und zusätzlich</u></li> <li>• <b>240 Stunden Kurs-Weiterbildung</b> gemäß § 4 Absatz 6 in „Medizinische Informatik“ Die Kurs-Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung in einer an die Patientenversorgung angeschlossenen Einrichtung der Medizinischen Informatik unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden <u>und zusätzlich</u></li> <li>• <b>480 Stunden</b> in einer Einrichtung der medizinischen Informatik oder in einer IT-Abteilung im Gesundheitswesen, ersetzbar durch eine Projektarbeit bei einem Weiterbildungsbeauftragten für Medizinische Informatik</li> </ul>

## 24 Monate ärztliche Tätigkeit

	Zeitraum	Land	Weiterbildungsstätte, (Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.)	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] bis [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____	_____	<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 [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] bis [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____	_____	<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 [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] bis [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____	_____	<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 [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] bis [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____	_____	<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 [ ][ ][ ][ ] %

# Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Absatz 6 in „Medizinische Informatik“ (240 Stunden)			
	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden
1	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
2	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
3	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
4	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
5	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
6	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
7	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
8	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
9	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____
10	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]	_____	_____

# Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

480 Stunden in einer Einrichtung der medizinischen Informatik oder in einer IT-Abteilung im Gesundheitswesen			
	Zeitraum	Einrichtung oder IT-Abteilung im Gesundheitswesen	Stunden
1	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____
2	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____
3	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____
4	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____
5	von _____ bis _____ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]    [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	_____	_____

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 Rheinhausen.

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