

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

Notfallmedizin

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> </tr> </table>	□□	□□	□□□□□□	_____
□□	□□	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□□□</td> </tr> </table>	□□	□□	□□□□□□	_____
□□	□□	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□□□</td> </tr> </table>	□□	□□	□□□□□□	_____
□□	□□	□□□□□□			
_____	<table border="1"> <tr> <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 Notfallmedizin

Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: _____ Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin WBO 2022

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> • 6 Monate in der Intensivmedizin oder in Anästhesiologie oder in einer interdisziplinären Notaufnahme <p><u>und zusätzlich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Absatz 6 in „Allgemeine und spezielle Notfallbehandlung“ <p><u>und anschließend</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsetzfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes, davon können bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines standardisierten Simulationskurses gemäß § 4 Absatz 6 erfolgen.

24 Monate Weiterbildungszeit in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung (6 Monate in der Intensivmedizin oder in Anästhesiologie oder in einer interdisziplinären Notaufnahme)

	Zeitraum	Land	Aufstellung der 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 Notfallmedizin



Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: _____ Nachname: _____

Anerkannte Kurse für Notfallmedizin (80 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 _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____

50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst			
	Zeitraum	Wo	Anzahl Einsätze
1	von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
2	von _____ bis _____ [][] . [][] . [][][][][][][][] [][] . [][] . [][][][][][][][]	_____	_____
3	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