

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

Sexualmedizin

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 Sexualmedizin

Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: _____ Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin WBO 2022	
Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen oder Erkrankungen, welche die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten sowie die geschlechtliche Identität betreffen, auch wenn diese infolge anderer Krankheiten und/oder deren Behandlung auftreten und/oder mit sexuellen Traumatisierungen verbunden sind.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung <u>und zusätzlich</u> 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatische Grundversorgung oder Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder Psychoanalyse <u>und zusätzlich</u> 120 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Absatz 6 in „Sexualmedizin“ <u>und zusätzlich</u> 120 Stunden Fallseminare unter Supervision Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden. <u>und zusätzlich</u> Sexualmedizin 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
_____	____ . ____ . _____	_____

Anerkannte Kurse Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden)			
	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden
1	von _____ bis _____ ____ . ____ . _____	_____	_____
2	von _____ bis _____ ____ . ____ . _____	_____	_____
3	von _____ bis _____ ____ . ____ . _____	_____	_____

Anerkannte Kurse für Sexualmedizin (120 Stunden)			
	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden
1	von _____ bis _____ ____ . ____ . _____	_____	_____
2	von _____ bis _____ ____ . ____ . _____	_____	_____
3	von _____ bis _____ ____ . ____ . _____	_____	_____

Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Sexualmedizin



BEZIRKSÄRZTE
KAMMER PFALZ

Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: _____ Nachname: _____

120 Stunden Fallseminare unter Supervision			
	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden
1	von _____ bis _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □□□ · □□□ · □□□□□□ □□□ · □□□ · □□□□□□ </div>	_____	_____
2	von _____ bis _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □□□ · □□□ · □□□□□□ □□□ · □□□ · □□□□□□ </div>	_____	_____
3	von _____ bis _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □□□ · □□□ · □□□□□□ □□□ · □□□ · □□□□□□ </div>	_____	_____

Weiterbildungszeit						
	Zeitraum	Land	Aufstellung der Weiterbildungsstätte, Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.	Abteilung und Name des befugten Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von _____ bis _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □□□ · □□□ · □□□□□□ □□□ · □□□ · □□□□□□ </div>	_____	_____	_____	<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 _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> □□□ · □□□ · □□□□□□ □□□ · □□□ · □□□□□□ </div>	_____	_____	_____	<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 beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum: □□□ · □□□ · □□□□□□

_____ Ort

_____ Unterschrift