

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Bezeichnung

Sportmedizin

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 Sportmedizin



Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: _____ Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin WBO 2022

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Beurteilung, Beratung und Betreuung gesunder und kranker Menschen im Kontext von körperlicher Aktivität, Inaktivität sowie Training im Leistungs-, Breiten-, Rehabilitations- und Behindertensport.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung <u>und zusätzlich</u> 240 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Absatz 6 in Sportmedizin Die Kurs-Weiterbildung kann durch 6 Monate Weiterbildung an einem sportmedizinischen Institut unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden. <u>und zusätzlich</u> 120 Stunden sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung <u>und zusätzlich</u> Sportmedizin gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer						
_____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _			

Anerkannte Kurse für Sportmedizin (240 Stunden)

	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden						
1	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
2	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
3	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
4	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
5	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
6	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
7	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
8	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
9	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				
10	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> <td style="width: 15%;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _				

Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Sportmedizin



BEZIRKSÄRZTE
KAMMER PFALZ

Vorname: _____ Nachname: _____

11	von	_____	_____	bis	_____	_____	_____	_____
12	von	_____	_____	bis	_____	_____	_____	_____
13	von	_____	_____	bis	_____	_____	_____	_____
14	von	_____	_____	bis	_____	_____	_____	_____
15	von	_____	_____	bis	_____	_____	_____	_____

Sportärztliche Tätigkeit 120 Stunden

	Zeitraum	Verein / Einrichtung	Stunden
1	von _____ bis _____	_____	_____
2	von _____ bis _____	_____	_____
3	von _____ bis _____	_____	_____
4	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 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