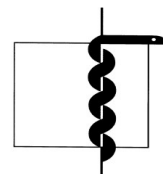


Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Geriatrie gem. WbO 2006

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|----------------------------------------------------|
| Name: | | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsort: | |
| Privatanschrift: | | | |
| Telefon: | | Fax: | Email: |
| Dienstanschrift: | | | |
| Telefon: | | Fax: | Email: |
| Staatsangehörigkeit: | | | Dieser Abschnitt wird von der Kammer ausgefüllt |
| Approbation am: | | Ort: | |
| Promotion am: | | Ort: | |
| Folgende Anerkennung(en) wurde(n) mir bisher durch eine Ärztekammer erteilt (bitte Angabe mit Erteilungsdatum): | | | |
| Telefon: Klinik: | | Privat: | Telefax: |
| <p>Hiermit erkläre ich, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich z.Zt. bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung gestellt habe, - in keinem Fall – in folgenden – Fällen ein Antrag von mir auf Anerkennung, wegen Nichtbestehens der Prüfung bzw. Nichterfüllung der Voraussetzungen, abgewiesen worden ist oder noch ein Berufungsverfahren hinsichtlich einer Anerkennung läuft: <p>- Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (ausgenommen der tarifliche Jahresurlaub) unterbrochen waren.</p> <p>- Meine Weiterbildung wurde unterbrochen:</p> <p>- von: bis: durch:</p> | | | |
| Ort/Datum: | | Unterschrift: _____ | |



Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Geriatrie

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit.

Anerkennung als Facharzt für _____

wurde am: _____

durch die Ärztekammer: _____

erteilt.

24 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Geriatrie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, davon können 6 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____