

An:  
Ärztchammer Niedersachsen  
Anerkennung von Arztbezeichnungen  
Postfach 307  
30003 Hannover  
Telefon: 0511 / 380 – 2222 / – 2226 / – 2469  
oder: 0511 / 380 – 02

Eingangsstempel

## Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten für die Bezeichnung:

(Bitte beantragte Bezeichnung angeben)

nach WBO und Richtlinien  01.05.2005  01.10.1996 - 2004  25.02.1989  
vom:  
(Zutreffendes bitte **ankreuzen!**) für Facharzt Innere Medizin alternativ:  01.02.2008 (5-jährige Weiterbildung)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Fax privat: \_\_\_\_\_

Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_ Fax dienstl.: \_\_\_\_\_

Handynr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Diesem Antrag füge ich bei:

1. Eine schriftliche Begründung meines Antrags
2. Meinen Lebenslauf

### In beglaubigter Fotokopie:

3. Weiterbildungszeugnisse  
(inkl. Leistungs- / Op-Kataloge sowie der Bestätigung über die regelmäßige Teilnahme am Nacht- und Bereitschaftsdienst). Die Leistungs- / Op-Kataloge sind auf jeder Seite vom Weiterbilder abzuzeichnen.
4. Arbeitsverträge bzw. Stipendiumsnachweise
5. Berufserlaubnisse (nur für Ausländische Ärztinnen /Ärzte)  
Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 der Bundesärzteordnung ist für die gesamte Dauer der Weiterbildungszeit lückenlos zu belegen.

### Bitte schicken Sie keine Originale, da die eingereichten Unterlagen bei der Ärztekammer bleiben!

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer eine Anfrage für diese Bezeichnung gestellt habe, noch dass ein von mir gestellte Anfrage abgewiesen bzw. ein Verfahren über eine Anfrage in der Schwebe ist (ggf. Bescheid beifügen).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

