ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Referat Weiterbildungsanerkennung

Berliner Allee 20
30175 Hannover

Tel.: 0511 380-02
Fax: 0511 3802-1199
E-Mail: weiterbildung@aekn.de

Ärztekammer Niedersachsen
Referat Weiterbildungsanerkennung
Berliner Allee 20
30175 Hannover

Antrag auf Anerkennung einer im Drittstaat erworbenen Bezeichnung

gemäß § 20 WBO (Facharztbezeichnung) oder § 21 WBO (Schwerpunktbezeichnung oder Zusatz-Weiterbildung)

Bitte wählen Sie die Bezeichnung aus:

Antragstellende Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort /-land: _____

Akademische Grade: ☐ keine ☐ Dr. med. ☐ sonstige/welche: _____

Kontaktdaten:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail (privat): _____

Aktueller Tätigkeitsort:

_____

Hiermit versichere ich, dass ich:

☐ bei keiner weiteren Ärztekammer als Mitglied gemeldet bin.

☐ bei keiner deutschen Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung meiner ausländischen Zeiten und/oder Abschlüsse gestellt habe.

☐ Ich habe bei der Ärztekammer _____ einen Antrag auf Anerkennung meiner ausländischen Zeiten und/oder Abschlüsse gestellt. Das Ergebnis war wie folgt:

- ☐ Der Antrag wurde abgelehnt.
- ☐ Einzelne Weiterbildungsabschnitte wurden anerkannt.
- ☐ Eine abschließende Entscheidung wurde noch nicht getroffen.
- ☐ Ich habe den Antrag zurückgezogen.

Das Schreiben dieser Ärztekammer habe ich als Fotokopie beigefügt. Ich bin damit einverstanden, dass diese Ärztekammer zu diesem Antragsverfahren der Ärztekammer Niedersachsen auf Anfrage Auskunft erteilt.

Fortsetzung zum Antrag auf Anerkennung einer im Drittstaat erworbenen Bezeichnung
gemäß § 20 WBO (Facharztbezeichnung) oder § 21 WBO (Schwerpunktbezeichnung oder Zusatz-Weiterbildung

Antragsteller/in: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben zur ärztlichen Grundausbildung (Medizinstudium) und zum Weiterbildungsabschluss im Ausland:

Mein Medizinstudium absolvierte ich:

vom: _____ bis: _____ in: _____ (Land)

Meine ärztliche Berufserlaubnis / Approbation erhielt ich:

am: _____ in _____ (Land)

Erforderliche Mindestweiterbildungszeit: _____ Jahre

Meine Weiterbildung dauerte tatsächlich? _____ Jahre

Meine Urkunde / Ausbildungsnachweis über den Abschluss meiner Weiterbildung (wie oben genannt) erhielt ich:

am: _____ in _____ (Land)

Angaben zur Anerkennung meiner ärztlichen Grundausbildung (Medizinstudium) in Deutschland:

Meine erste ärztliche Berufserlaubnis in Deutschland erhielt ich am: _____

ausstellende Behörde: _____

Meine ärztliche Approbation in Deutschland erhielt ich am: _____

ausstellende Behörde: _____

Auf welcher Grundlage wurde die Approbation in Deutschland erteilt?:

☐ Medizinstudium in Deutschland oder in der EU

☐ Gutachten zur Gleichwertigkeit des Studiums

☐ Ablegen einer Kenntnisprüfung

☐ Wiederholen der Kenntnisprüfung

Dieser Antrag ist kostenpflichtig. Rechtliche Grundlage ist die aktuelle Gebührenordnung der Ärztekammer Niedersachsen.
Die jeweilige Höhe und Berechnungsgrundlage ist einsehbar unter: https://www.aekn.de/arztspezial/arzt-und-recht/.
Über die anfallenden Gebühren erhalten Sie einen gesonderten Kostenbescheid.

_____ _____

Datum Unterschrift / Antragsteller/in

Antrag auf Anerkennung der Bezeichnung: Bitte wählen Sie die Bezeichnung aus:

Antragsteller/in: Geb.-Datum:

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge, Unterbrechungen der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc. sind präzise einzutragen.

Nr. Zeugnis	Zeitraum	Unterbrechung	Umfang Tätigk. in % VZ/TZ	Monate	Weiterbilder/in (Vor- u. Nachname)	Abteilung	Krankenhaus/ Ort	Art der Tätigkeit Ass.	Freilassen für Vermerke der Ärztekammer
1	von: bis:	von: bis:							
2	von: bis:	von: bis:							
3	von: bis:	von: bis:							
4	von: bis:	von: bis:							
5	von: bis:	von: bis:							
6	von: bis:	von: bis:							
7	von: bis:	von: bis:							
8	von: bis:	von: bis:							

MERKBLATT

ärztekammer niedersachsen

Bitte reichen Sie nur **vollständige** Anträge ein, um eine zügige Bearbeitung zu ermöglichen.
Die nachfolgenden Unterlagen sind wie angegeben einzureichen:

Im Original:

1. **Antragsformular**, vollständig ausgefüllt, mit der Angabe der angestrebten Bezeichnung, Datum und Unterschrift.

2. **Tabellarischen Aufstellung** Ihrer Weiterbildungsabschnitte im Ausland und in Deutschland (Seite 3 des Antrags).

3. **Lebenslauf.** Ein Foto ist nicht erforderlich.

In beglaubigter Fotokopie**:**

4. **Zeugnisse** über Ihre Weiterbildung im **Ausland, auch in beglaubigter Übersetzung** .

5. **Leistungsverzeichnis/Op-Katalog** aus dem **Ausland**, **auch in beglaubigter Übersetzung.**

6. **Logbuch gemäß aktueller Weiterbildungsordnung** aus dem **Ausland** – ausgefüllt von Weiterbildenden im Ausland je Weiterbildungsstätte.

7. **Aktuelles Zwischenzeugnis aus Deutschland,** das zu Ihrer fachlichen Eignung in der beantragten Bezeichnung ausführlich Stellung nimmt.

8. **eLogbuch** (elektronisches Logbuch) aus **Deutschland**, in welchem der Weiterbildende in Deutschland die von Ihnen bereits erworbenen Kompetenzen bestätigt. Das eLogbuch ist bei Einreichung des Antrags der Ärztekammer freizugeben. Informationen hierzu finden Sie unter: https://www.aekn.de/aerzte/weiterbildung/elogbuch.

Im Original oder in Fotokopie:

9. **Eigene Zusammenfassung:**
   Soweit Sie mehrere Logbücher genutzt haben, z. B. je Weiterbildungsstätte, soll zum besseren Überblick und zur eigenen Kontrolle eine „eigene Zusammenfassung“ erfolgen.
   Verwenden Sie hierfür gerne das jeweilige Logbuch von unserer Homepage und versehen Sie dieses mit „Eigener Zusammenfassung“. Addieren Sie die bestätigten Zahlen aus Ihren Logbüchern und tragen Sie die Gesamtzahl ein.

In Fotokopie:

10. **Arbeitsverträge** aus Deutschland / Nachweis des staatlichen Stipendiums.

sofern vorhanden:

(11.) **Weiterbildungsvorschriften**/ -curriculum/ -plan/ -inhalte, sofern vorhanden, die Sie im Ausland durchlaufen haben .

(12.) **Gutachten** über die Anerkennung der ärztlichen Grundausbildung (Medizinstudiums) in Deutschland.

(13.) Bereits **vorliegende Auskünfte/Bescheide** anderer Ärztekammern zu Weiterbildungsabschnitten oder zur Anerkennung der Bezeichnung.

HINWEIS: Bitte schicken Sie **keine Unterlagen in Klarsichthüllen und auch nicht im Original,** da diese im Zuge der Digitalisierung **vernichtet werden.** Beglaubigte und/oder bestätigte Kopien (z. B. durch die Personalverwaltung) sind ausreichend. **Es erfolgt keine Rücksendung von Unterlagen. Auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt.**