

**Referat Weiterbildungsanerkennung**

Berliner Allee 20  
30175 Hannover

Tel.: 0511 380 -02  
Fax: 0511 3802-1199  
E-Mail: [weiterbildung@aekn.de](mailto:weiterbildung@aekn.de)

**Ärzttekammer Niedersachsen  
Referat Weiterbildungsanerkennung  
Postfach 307  
30003 Hannover**

**Antrag auf Anerkennung einer im EU-Ausland (Vertragsstaat)  
erworbenen Bezeichnung**

für folgende Bezeichnung: \_\_\_\_\_

**Antragsteller/in:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort /-land: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  divers

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_ E-Mail dienstl.: \_\_\_\_\_

Deutsche Approbation: ja, am \_\_\_\_\_ nein

Akademische Grade: Keine  Dr. med.  sonstige/welche: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag für diese Bezeichnung stellte, dass kein von mir gestellter Antrag zu dieser Bezeichnung oder Weiterbildung in dieser oder anderen Kammer bisher abgewiesen wurde bzw. dass kein Verfahren über einen Antrag in der Schwebe ist (ansonsten ggf. Bescheid beifügen).

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

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.

Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen finden Sie online unter [www.aekn.de/datenschutz](http://www.aekn.de/datenschutz)



Antragsteller/in: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

---

In welchem Land wurde die Urkunde ausgestellt: \_\_\_\_\_

Wann wurde die Urkunde ausgestellt? \_\_\_\_\_ (Datum)

Erforderliche Mindestweiterbildungszeit in Ihrem Heimatland: \_\_\_\_\_ (Jahre)

Wann erhielten Sie die Berufserlaubnis/Approbation als Arzt in Ihrem Heimatland?

\_\_\_\_\_ (Datum)

Wann wurde die erste Berufserlaubnis in Deutschland ausgestellt? \_\_\_\_\_ (Datum)

Haben Sie eine Kenntnisprüfung durchgeführt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

Mussten Sie die Kenntnisprüfung wiederholen? ja nein

---

**WICHTIG:**

**Bitte schicken Sie keine Originale und vermeiden Sie einzelne Hüllen.  
Beglaubigte (nicht zwingend öffentlich beglaubigt!) und/oder bestätigte Kopien  
(z. B. durch die Personalverwaltung) sind ausreichend.  
Alle eingereichten Unterlagen verbleiben bei der Ärztekammer  
und werden nicht zurück gesandt, da sie aufgrund der Digitalisierung vernichtet werden.**

---

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (Anlagen):**

1. Identitätsnachweis (Kopie Pass)
2. Lebenslauf
3. Facharzturkunde / Ausbildungsnachweis  
(in beglaubigter Fotokopie und mit beglaubigter Übersetzung)
4. evtl. bereits vorliegende Auskünfte/Bescheide anderer Ärztekammern zu  
Weiterbildungsabschnitten
5. Konformitätsbescheinigung der zuständigen Behörde darüber, dass für die erteilte  
Anerkennung alle Anforderungen des Artikel 25 (FA Allgemeinmedizin Artikel 28)  
eingehalten wurden. Dies beschleunigt und vereinfacht das Verfahren.
6. Sollten Sie die Facharztanerkennung vor EU-Beitritt Ihres Landes erhalten haben, so ist eine  
Bescheinigung darüber einzureichen, dass Sie während der letzten 5 Jahre vor Ausstellung  
dieser Bescheinigung mindestens 3 Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die  
betreffenden Tätigkeiten in dem beantragten Fachgebiet ausgeübt haben (gemäß Artikel 23  
Absatz 1 der Richtlinie 2005/36/EG).

Antrag auf Anerkennung der Bezeichnung: \_\_\_\_\_

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:							