

Referat Weiterbildungsanerkennung

Berliner Allee 20
30175 Hannover

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

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

**Antrag auf Anerkennung einer im Drittstaat
(nicht EU/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/arztstpezial/arzt-und-recht/>. Über die anfallenden Gebühren erhalten Sie einen gesonderten Kostenbescheid.

Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen finden Sie online unter ww.aekn.de/datenschutz



Antragsteller/in: _____

Geb.-Datum: _____

In welchem Land wurde die Urkunde ausgestellt: _____

Wann wurde die Urkunde ausgestellt? _____ (Datum)

Wie lange dauert die Weiterbildung tatsächlich? _____ (Jahre)

Erforderliche Mindestweiterbildungszeit in Ihrem Heimatland: . _____ (Jahre)

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

_____ (Datum)

Wurde diese Grundausbildung/Ihr Studium rückwirkend von einer Approbationsbehörde als gleichwertig anerkannt? ja nein
(Dies ist eine Voraussetzung für die Gleichwertigkeit der anschließenden Weiterbildung!)

Haben Sie in Deutschland eine Kenntnisprüfung absolviert? ja nein

(Wenn ja, dann ist an diesem Tag der Ausbildungsstand festgestellt worden und erst nachfolgend konnte eine anrechenbare Weiterbildung erfolgen.)

Wann war die erste Kenntnisprüfung? _____ (Datum)

Mussten Sie die Kenntnisprüfung wiederholen? ja nein

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

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. evtl. bereits vorliegende Auskünfte/Bescheide anderer Ärztekammern zu Weiterbildungsabschnitten oder zu der Urkunde
4. **Urkunde aus einem Drittstaat (in beglaubigter Fotokopie und mit beglaubigter Übersetzung)**
5. tabellarische Aufstellung der Weiterbildungsabschnitte (siehe nachfolgende Seite 3)
6. Ihre ausländischen Zeugnisse über die Weiterbildung/Arbeitsbuch/Arbeitsnachweise
 - Weiterbildungsvorschriften/ -curriculum/ -plan/ -inhalte, welche/s Sie durchlaufen haben
 - **eigene** Zusammenfassung über Ihre Leistungen in dem Logbuch, mit dem Vermerk (z. B. Zeugnisnummer), in welchem Weiterbildungsabschnitt die Kompetenz erworben wurde
7. aktuelles Zwischenzeugnis, welches zu Ihrer fachlichen Eignung ausführlich Stellung nimmt.

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:							