

**Referat Weiterbildungsanerkennung**

Berliner Allee 20  
30175 Hannover

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

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

**Antrag**  
**auf Anrechnung von Tätigkeiten im Ausland**  
gemäß § 10 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen

**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: \_\_\_\_\_

---

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

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

Wurde diese Grundausbildung/ Ihr Studium rückwirkend von einer Approbationsbehörde als gleichwertig anerkannt? Wurde dazu also ein Gutachten eingeholt? ja  nein

Oder haben Sie in Deutschland eine Kenntnisprüfung absolviert? ja  nein

Wann war die erste Kenntnisprüfung? \_\_\_\_\_ (Datum)

Mussten Sie die Kenntnisprüfung wiederholen? ja  nein

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

Haben Sie im Ausland/Heimatland eine Weiterbildung mit einer Urkunde abgeschlossen? ja  nein

*(Wenn ja, können sie mit gesondertem Antragsformular die Gleichwertigkeit der Weiterbildung überprüfen lassen)*

Wie lange haben Sie im Ausland eine strukturierte Weiterbildung (unter Anleitung) durchgeführt?  
\_\_\_\_\_ Monate (Einzelheiten sind unten in die tabellarische Auflistung eintragen)

---

**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. Lebenslauf
2. evtl. bereits vorliegende Auskünfte/Bescheide anderer Ärztekammern zu Weiterbildungsabschnitten oder zu der Urkunde
3. tabellarische Aufstellung der **Weiterbildungs**abschnitte (siehe nachfolgende Seite 3)
4. Ihre ausländischen Zeugnisse **in amtlicher Übersetzung** 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.
5. 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:							