

Anerkennung von Arztbezeichnungen

Karl-Wiechert-Allee 18-22
30625 Hannover

Tel.: 0511 / 380-02
Fax: 0511 / 380-2242

www.aekn.de

Ärzttekammer Niedersachsen
Anerkennung von Arztbezeichnungen
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



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? _____

Haben Sie eine Kenntnisprüfung durchgeführt? _____

Wenn ja, wann? _____

Mussten Sie die Kenntnisprüfung wiederholen? ja nein

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).

**Bitte schicken Sie keine Originale und vermeiden Sie einzelne Hüllen.
Die eingereichten Unterlagen verbleiben bei der Ärztekammer
und werden nicht zurück gesandt.**

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 Von-Bis | Unterbrechung Von – Bis | Umfang Tätig. in % VZ/TZ | Monate | Weiterbilder/in (Vor- u. Nachname) | Abteilung | Krankenhaus/ Ort | Art der Tätigkeit Ass. | Freilassen für Vermerke der Ärztekammer |
|--------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------|---|------------------|-------------------------|-------------------------------|--|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |