

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

**Referat Weiterbildungsanerkennung**

Berliner Allee 20  
30175 Hannover  
Tel.: 0511 380 -02  
Fax: 0511 3802-1199  
E-Mail: weiterbildung@aekn.de

**Antrag auf Anmeldung zur Wiederholungsprüfung**

für folgende Bezeichnung: \_\_\_\_\_

**Antragsteller/in:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort /-land: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: männlich weiblich divers  
Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_ E-Mail privat: \_\_\_\_\_  
Akademische Grade: keine \* Dr. med. \* sonstige/welche: \_\_\_\_\_  
Die letzte, nicht erfolgreiche Prüfung fand statt am: \_\_\_\_\_

vor der Ärztekammer Niedersachsen unter der Vorgangsnummer: \_\_\_\_\_  
 vor der Ärztekammer: \_\_\_\_\_

Wurde seitens der Prüfer/innen eine Auflage erteilt?  ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurde diese Auflage erfüllt?  ja  nein

**Bitte reichen Sie zum Nachweis der erfüllten Auflage entsprechende Belege ein, z. B. Weiterbildungszeugnisse, Kursbescheinigungen, etc..** Schicken Sie bitte 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 zurückgesandt, da sie aufgrund der Digitalisierung vernichtet werden.

**Hinweis:** **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/aerzte/medizin-und-recht>.

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: \_\_\_\_\_

**Prüfungsplanung:**

Ich möchte den nächstmöglichen Termin zur Prüfung erhalten  Ich möchte keinen Prüfungstermin vor dem: \_\_\_\_\_  
 Ich möchte keine Prüfung im Monat: \_\_\_\_\_  Wunschmonat (unverbindlich): \_\_\_\_\_

