

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

Ich bitte um eine Stellungnahme zur Gleichwertigkeit der ärztlichen Tätigkeit im Ausland im Sinne des Tarifvertrags

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 bisher von keiner anderen Ärztekammer eine Auskunft / Stellungnahme erhalten habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Eine Stellungnahme 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



Name: _____

Geb.-Datum: _____

Welcher Abschnitt / Zeitraum soll geprüft werden?

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

_____ (Datum)

Wann wurde die erste Berufserlaubnis in Deutschland ausgestellt?

Haben Sie in Deutschland eine Kenntnisprüfung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und wo?

Mussten Sie die Kenntnisprüfung wiederholen? ja nein

Beigefügt sind folgende Unterlagen (Anlagen):

1. Identitätsnachweis (Kopie Pass)
2. Lebenslauf
3. Bescheinigung über die Berufserlaubnis (in beglaubigter Fotokopie und mit beglaubigter Übersetzung)
4. Bescheinigung über die Tätigkeit als Arzt im Ausland (in beglaubigter Fotokopie und mit beglaubigter Übersetzung)

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

Name: _____ 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 Tätigk. 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									
9									
10									