

Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten

Hinweis: Die Beantragung ist auch mit qualifizierter elektronischer Signatur an die E-Mail Adresse eZugang@aekb.de möglich.

Aktenzeichen: (falls bereits bekannt oder wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt)
Angaben Antragsteller:in angestrebte Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung: Titel, Vorname, Name und Anschrift Antragsteller:in _____ _____ _____
Anlagen zu diesem Antrag Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen bei: <ul style="list-style-type: none">• Auflistung der für Ihren Antrag relevanten Weiterbildungszeiten• Alle relevanten Zeugnisse im Original Bitte beachten Sie: Für Weiterbildungszeiten, welche im Ausland absolviert wurden, ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in deutscher Sprache einzureichen.• Kopie des gültigen Personaldokuments (Personalausweis, Reisepass etc.)• tabellarische Aufstellung über die ärztliche Grundausbildung, absolvierte Weiterbildungszeiten sowie über die bisherige Berufspraxis (Lebenslauf)
<u>Einwilligungserklärung</u> Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Ärztekammer Berlin einverstanden bin. Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Auflistung der erbrachten Weiterbildungszeiten

Bitte verwenden Sie ggf. (eine) weitere Seite(n)

Name Antragsteller:in: _____

Seite: _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Weiterbildung im Gebiet: _____

Weiterbildungsbefugte/r: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Abteilung: _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Weiterbildung im Gebiet: _____

Weiterbildungsbefugte/r: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Abteilung: _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Weiterbildung im Gebiet: _____

Weiterbildungsbefugte/r: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Abteilung: _____

Name Antragsteller:in: _____

Seite: _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Weiterbildung im Gebiet: _____

Weiterbildungsbefugte/r: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Abteilung: _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Weiterbildung im Gebiet: _____

Weiterbildungsbefugte/r: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Abteilung: _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

Zeitraum: von _____ bis _____ Teilzeit (in Prozent): _____

Weiterbildung im Gebiet: _____

Weiterbildungsbefugte/r: _____

Weiterbildungsstätte: _____

Abteilung: _____