



## Antrag auf Anerkennung der Bezeichnung

Facharzt/-kompetenz / Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung  
(bitte genaue Bezeichnung angeben)

nach der Weiterbildungsordnung von \_\_\_\_\_  
im Wege der Übergangsbestimmungen

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsname:	_____	Staatsangehörigkeit:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
Privatanschrift:	_____	Telefon privat:	_____
		E-Mail privat:	_____
Dienstanschrift:	_____	Telefon dienstl.:	_____
		E-Mail dienstlich:	_____
Gemeldet seit:	_____	Bezirksärztekammer:	_____

Akademische Grade

Keine:

Dr. med:

sonstige / welche: \_\_\_\_\_

hier genehmigte ausländische Grade:

welche: \_\_\_\_\_

### Beizufügen sind:

(Beglaubigte Abschriften bzw. beglaubigte Fotokopien,  
Sämtliche Unterlagen verbleiben bei der Bezirksärztekammer Südbaden)

1. **Approbationsurkunde\*** (bzw. für ausländische Ärzte die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 der BÄO, lückenlos für die gesamte Weiterbildungszeit)
2. **Promotionsurkunde\*** (oder Urkunde eines anderen akademischen Grades bzw. Genehmigung zum Führen akademischer Grade ausländischer Hochschulen in der Bundesrepublik)
3. Sämtliche **Zeugnisse der Weiterbildung** für die beantragte Bezeichnung einschließlich der **Anlage zum Weiterbildungszeugnis** (Die Zeugnisse müssen im einzelnen Angaben enthalten über die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers, sowie zur Frage der fachlichen Eignung ausführlich Stellung nehmen. Bei operativen Fächern ist die Vorlage einer vom befugten Arzt unterzeichneten Aufstellung der selbständig durchgeführten operativen Eingriffe erforderlich)
4. **Beruflicher Werdegang** seit Approbation (Seite 3 des Antragsformulars)

\* Bitte diese Unterlagen nur dann lückenlos im Original oder in amtlich beglaubigten Fotokopien beifügen, wenn diese noch nicht einer Bezirksärztekammer in Baden-Württemberg vorgelegt worden sind.

Hiermit erkläre ich,

1. dass ich bei keiner anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag für diese Bezeichnung gestellt habe, noch dass ein von mir gestellter Antrag abgewiesen bzw. ein Verfahren über einen Antrag in der Schwebe ist (evtl. nähere Angaben darüber, unter Beifügung der vorhandenen Unterlagen als Anlage),
2. dass ich bereits im Besitz folgender Anerkennung bin:

**Facharzt/-kompetenz / Schwerpunkt / Zusatzweiterbildung (Fak. Weiterbildung/Fachkunde):**  
(bitte genaue Bezeichnung angeben)

ÄK:	am:
-----	-----
ÄK:	am:
-----	-----
ÄK:	am:
-----	-----
ÄK:	am:
-----	-----
ÄK:	am:
-----	-----
ÄK:	am:
-----	-----
ÄK:	am:
-----	-----

(ggf. auf gesondertem Blatt ergänzen)

-----  
Datum / Ort

-----  
Unterschrift

**Bearbeitungsvermerk:**  
*(Nicht vom Antragsteller auszufüllen)*


Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge. Unterbrechungen der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit, etc. sind präzise einzutragen.

lfd. Nr.	Tag/Monat/Jahr		Krankenhaus, Institut, Praxis	Weiterbilder/in	Tätigkeit als (Oberarzt, Assistenzarzt usw.)	Umfang der Tätigkeit in % (Voll-/Teilzeit)	Zeit in Monaten	Vermerk (nicht vom Antragsteller auszufüllen)
	von	bis						