

# Antrag auf Anerkennung gemäß § 20 ff. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin

## Hinweis:

Die Beantragung ist auch mit qualifizierter elektronischer Signatur an die E-Mail Adresse [eZugang@aekb.de](mailto:eZugang@aekb.de) möglich.

Die Gebühren für die Anerkennung von in Drittstaaten erworbenen Qualifikationen (§ 20 ff. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin) betragen gemäß der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin von 600,- € bis zu 1.600,- €. Die Gebührenhöhe richtet sich nach dem Aufwand für die Bearbeitung des Antrages im Hinblick auf die Dokumentenprüfung (400,- € bis 600,- €), die Gleichwertigkeitsanalyse (200,- € bis 650,- €) und eine gegebenenfalls erforderliche Prüfung (300,- €).

Aktenzeichen:  
(wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt)

## Angaben Antragsteller:in

Titel, Vorname, Name und Anschrift Antragsteller:in

Postanschrift

Geburtsdatum

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Staatsangehörigkeit:

## Angestrebte Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung:

Erteilungsland der Qualifikation:

### Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- Ich bei keiner anderen Ärztekammer der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Anerkennung meines im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises gestellt habe.
- In keinem Fall ein von mir gestellter Antrag abgewiesen wurde oder ein Widerspruchsverfahren anhängig ist.
- Ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Ärztekammer Berlin einverstanden bin. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter dem Link:  
<https://www.aekb.de/datenschutz>

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

### Anlagen zu diesem Antrag

Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen bei:

- ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular
- Kopie der deutschen Approbation oder eines Nachweises über die von der zuständigen Behörde erteilte Feststellung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes
- eine tabellarische Aufstellung der absolvierten Ausbildungsgänge und der ausgeübten Erwerbstätigkeiten in deutscher Sprache unter Angabe des Tätigkeitsortes und des für die Weiterbildung Verantwortlichen (Lebenslauf)
- Kopie eines Identitätsnachweises (Personalausweis, Reisepass etc.)<sup>1</sup>
- im Ausland erworbener Weiterbildungsnachweis<sup>1,2</sup>
- Nachweise über einschlägige Berufserfahrung oder sonstige Befähigungsnachweise<sup>1,2</sup>

Bei Antrag auf Anerkennung eines Drittstaaten-Weiterbildungsnachweises, der bereits in einem Mitgliedsstaat der EU, einem Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz anerkannt worden ist:

Zusätzlich zu den vorgenannten Unterlagen

- Bescheinigung über eine dreijährige Tätigkeit im jeweiligen Fachgebiet in einem Mitgliedsstaat der EU, einem Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Die Unterlagen sind in Form von Originalen oder beglaubigten Kopien vorzulegen.

<sup>2</sup> Von den Unterlagen sind Übersetzungen in deutscher Sprache vorzulegen. Die Übersetzungen sind von einer/einem öffentlich bestellten oder beeidigten Dolmetscher:in oder Übersetzer:in erstellen zu lassen.

## Anlage – Auflistung der erbrachten Weiterbildungszeiten vor dem Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung

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

Name Antragsteller:in: \_\_\_\_\_

Seite: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

<b>Weiterbildungsabschnitt (lft. Nr.)</b> _____	
Name der/des Weiterbildungsbefugten:	_____
Bezeichnung:	_____
Weiterbildungsstätte:	_____
Abteilung:	_____
Anschrift der Stätte:	_____ _____ _____
Ort:	_____
Zeitraum:	von _____ bis _____
Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit      Umfang: _____

<b>Weiterbildungsabschnitt (lft. Nr.)</b> _____	
Name der/des Weiterbildungsbefugten:	_____
Bezeichnung:	_____
Weiterbildungsstätte:	_____
Abteilung:	_____
Anschrift der Stätte:	_____ _____ _____
Ort:	_____
Zeitraum:	von _____ bis _____
Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit      Umfang: _____