

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 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 350,- € bis zu 1.500,- €. Die Gebührenhöhe richtet sich nach dem Aufwand für die Bearbeitung des Antrages im Hinblick auf die Dokumentenprüfung (350,- € bis 600,- €), die Gleichwertigkeitsanalyse (180,- € bis 600,- €) und eine gegebenenfalls erforderliche Prüfung (300,- €).

Aktenzeichen:

(falls bereits bekannt oder wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt)

Hiermit beantrage ich die Anerkennung gemäß § 20 ff. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin von 2021 für **folgende Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung:**

Angaben Antragsteller:in

Nachname: _____

Vorname(-n): _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

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.

Anlagen zu diesem Antrag

Zusammen mit dem unterschriebenen Antragsformular sind alle Zeugnisse, Bescheinigungen und Nachweise im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie bei der Ärztekammer Berlin einzureichen. Von den Unterlagen sind Übersetzungen in deutscher Sprache vorzulegen. Die Übersetzungen sind von einer/einem öffentlich bestellten oder beeidigten Dolmetscher:in oder Übersetzer:in zu lassen.

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass 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

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

Einzureichende Unterlagen:

- ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular
- Kopie der deutschen Approbation oder eines Nachweises über die von der zuständigen Behörde erteilten 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.)¹
- im Ausland erworbener Weiterbildungsnachweis^{1,2}
- Nachweise über einschlägige Berufserfahrung oder sonstige Befähigungsnachweise^{1,2}

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^{1,2}

¹ Die Unterlagen sind in Form von Originalen oder beglaubigten Kopien vorzulegen.

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

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

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: _____

Auflistung der Zeiträume ärztlicher Tätigkeiten nach dem Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung (Berufspraxis)

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

Name Antragsteller:in: _____

Seite: _____

Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.) _____

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

Krankenhaus/Praxis: _____

Abteilung: _____

Land/Stadt/Ort _____

Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.) _____

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

Krankenhaus/Praxis: _____

Abteilung: _____

Land/Stadt/Ort _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

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

Krankenhaus/Praxis: _____

Abteilung: _____

Land/Stadt/Ort _____

Name Antragsteller:in: _____

Seite: _____

Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.) _____

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

Krankenhaus/Praxis: _____

Abteilung: _____

Land/Stadt/Ort _____

Tätigkeitsabschnitt (lfd. Nr.) _____

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

Krankenhaus/Praxis: _____

Abteilung: _____

Land/Stadt/Ort _____

Weiterbildungsabschnitt (lfd. Nr.) _____

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

Krankenhaus/Praxis: _____

Abteilung: _____

Land/Stadt/Ort _____