

Ärztchammer Berlin  
Abteilung 1  
Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin

## Antrag auf Ausstellung einer Bescheinigung über das Vorliegen von Befugnissen zur Leitung der Weiterbildung

Aktenzeichen:  
(wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt)

### Angaben Antragsteller:in

Titel, Vorname, Name und Anschrift Antragsteller:in

Postanschrift

Geburtsdatum

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

### Anlagen zu diesem Antrag

Bitte fügen Sie dieser Anfrage folgende Unterlagen bei:

→ Auflistung der für Ihren Antrag relevanten Befugnisse

### Anforderung

Hiermit beantrage ich die Ausstellung einer Bescheinigung über vorliegende Befugnisse gemäß den Angaben in der Anlage.

Die Bescheinigung wird per Post an mich versandt. (Hinweis: Bitte tragen Sie die Anschrift ein, an welche die Bescheinigung geschickt werden soll. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt durch die Ärztekammer Berlin nicht.)

Ergänzend wünsche ich eine Zusendung in elektronischer Form per E-Mail an die auf Seite 1 genannte E-Mail-Adresse:

☐ ja ☐ nein

Mir ist bewusst, dass die Ärztekammer Berlin einen Scan der Bescheinigung nur unverschlüsselt versendet und verzichte auf eine elektronische Verschlüsselung.

☐ ja ☐ nein

### Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

☐ mir bekannt ist, dass für die Anforderung einer Befugnisbestätigung für eine von der Ärztekammer Berlin erteilte Befugnis zur Leitung der Weiterbildung entsprechend der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin eine **Gebühr in Höhe von 70,00 Euro** anfällt. Den Gebührenbescheid erhalte ich gemeinsam mit der Bescheinigung per Post an die im Antrag angegebene Adresse.

☐ 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

\_\_\_\_\_

## Anlage – Auflistung der relevanten Befugnisse

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

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

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

Ich bitte um die Bestätigung für folgende Befugnis(se):

### **Erforderliche Bestätigung für folgende Befugnis (lft. Nr.)** \_\_\_\_\_

Weiterbildungsbefugte/r: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Erforderliche Bestätigung für folgende Befugnis (lft. Nr.)** \_\_\_\_\_

Weiterbildungsbefugte/r: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Erforderliche Bestätigung für folgende Befugnis (lft. Nr.)** \_\_\_\_\_

Weiterbildungsbefugte/r: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_