

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

## Anfrage Ausstellung einer Bescheinigung ausländischer ärztlicher Tätigkeiten für eine tarifliche Fragestellung

Aktenzeichen:  
(wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt)

### Angaben Antragsteller:in

Titel, Vorname, Name

---

Postanschrift

---

Geburtsdatum

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Kammermitgliedschaft:

- Ich bin aktuell Kammermitglied der Ärztekammer Berlin
- Ich bin aktuell Kammermitglied der folgender anderer Ärztekammer:
-

### Anforderung

Hiermit beantrage ich die Ausstellung einer Bescheinigung ausländischer ärztlicher Tätigkeiten für eine tarifliche Fragestellung.

Ja  Nein

### Anlagen zu diesem Antrag

Bitte fügen Sie dieser Anfrage folgende Unterlagen bei:

- Ausführliche/s Arbeitszeugnis/se der im Ausland geleisteten ärztlichen Tätigkeit/en im Original und eine amtlich beglaubigte Übersetzung in deutscher Sprache
- Kopie des gültigen Personaldokuments (Personalausweis, Reisepass etc.)
- tabellarische Aufstellung über die ärztliche Grundausbildung, absolvierte Weiterbildungszeiten sowie über die bisherige Berufspraxis (Lebenslauf)

(Für den Fall, dass Sie derzeit kein Mitglied der Ärztekammer Berlin sind, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass für die Ausstellung der Bescheinigung eine Kammermitgliedschaft bei der Ärztekammer Berlin erforderlich ist. Bitte kontaktieren Sie hierzu die Abteilung 3.)

### Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mir bekannt ist, dass für die Ausstellung einer Bestätigung ärztlicher Tätigkeit für die tarifliche Eingruppierung entsprechend der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin eine **Gebühr in Höhe von 140,00 Euro** anfällt. Den Gebührenbescheid erhalte ich per Post.
- die Ärztekammer Berlin nur ausländische ärztliche Tätigkeiten bei der Ausstellung einer Bescheinigung für die tarifliche Eingruppierung berücksichtigt und ausstellt. Bereits vorhandene Zeugnisse aus Deutschland können direkt dem Arbeitgeber für die tarifliche Eingruppierung zur Anrechnung vorgelegt werden. Auch kann die Ärztekammer Berlin hierzu keine tarifrechtliche Beratung durchführen.
- 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

\_\_\_\_\_

ANFRAGE AUSSTELLUNG EINER BESCHEINIGUNG  
AUSLÄNDISCHER ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN FÜR EINE TARIFLICHE FRAGE-  
STELLUNG

## Anlage – Auflistung der ärztlichen Tätigkeiten im Ausland

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

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

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

### Weiterbildungsabschnitt (Ift. Nr.) \_\_\_\_\_

Name der/des Wei-  
terbildungsbefugten: \_\_\_\_\_

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

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

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

Anschrift der Stätte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

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

Tätigkeitsumfang:  Vollzeit  Teilzeit Umfang: \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsabschnitt (Ift. Nr.) \_\_\_\_\_

Name der/des Wei-  
terbildungsbefugten: \_\_\_\_\_

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

Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

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

Anschrift der Stätte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

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

Tätigkeitsumfang:  Vollzeit  Teilzeit Umfang: \_\_\_\_\_