

**Antrag auf automatische Anerkennung einer abgeschlossenen Facharztqualifikation aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG sowie des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits gemäß § 19 Absatz 1 und 2**

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

---

Ärztekammer Berlin  
Abteilung Weiterbildung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin

**Aktenzeichen** (falls bereits bekannt oder wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt) \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich gemäß Richtlinie 2005/36/EG oder gemäß des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits die automatische Anerkennung als Fachärztin/Facharzt für \_\_\_\_\_ (Bezeichnung/Gebiet) aus dem EU-Mitgliedstaat

(EU/EWR/Schweiz) \_\_\_\_\_.

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

---

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Hinweis zu den einzureichenden Unterlagen**

Von der im Ausland erworbenen Facharzturkunde sowie der ggf. erforderlichen Bestätigung nach der Richtlinie 2005/36/EG sind Übersetzungen in deutscher Sprache vorzulegen.

Die Übersetzungen sind von einer/einem öffentlich bestellten oder beeidigten Dolmetscher:in oder Übersetzer:in auszustellen.

Folgende Unterlagen sind mit diesem unterschriebenen Antragsformular einzureichen:

- Kopie der deutschen Approbation oder eines Nachweises über die von der zuständigen Behörde erteilte Feststellung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes
- Kopie eines Identitätsnachweises (Personalausweis, Reisepass etc.)
- eine tabellarische Aufstellung über die ärztliche Grundausbildung, absolvierte Weiterbildungszeiten sowie über die bisherige Berufspraxis (Lebenslauf)
- Original-Facharzturkunde, ausgestellt von der in der Richtlinie 2005/36/EG in Anlage V Punkt 5.1.2 genannten Behörde (im Original oder in beglaubigter Kopie) sowie eine amtlich beglaubigte Übersetzung ins Deutsche
- ggf. Bestätigung nach der Richtlinie 2005/36/EG, ausgestellt im Land des Facharzteerwerbs durch die in der Anlage V Punkt 5.1.2 genannte Behörde (im Original oder in beglaubigter Kopie) sowie eine amtlich beglaubigte Übersetzung ins Deutsche

**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.
- mir bekannt ist, dass für die automatische Anerkennung gemäß Richtlinie 2005/36/EG entsprechend der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin eine **Gebühr in Höhe von 135,00 Euro** anfällt. Den Gebührenbescheid erhalte ich per Post.
- ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Ärztekammer Berlin einverstanden bin.

(Für den Fall, dass Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Mitglied der Ärztekammer Berlin sind, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass für ein Anerkennungsverfahren eine Kammermitgliedschaft bei der Ärztekammer Berlin erforderlich ist. Bitte kontaktieren Sie hierzu die Abteilung 3.)

Hier können Sie uns weitere Informationen oder Hinweise mitteilen:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift**

**Anlagen**