

## Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten

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

Aktenzeichen: (falls bereits bekannt oder wird durch die Ärztekammer Berlin ausgefüllt)
<b>Angaben Antragsteller:in</b>  angestrebte Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung:  Titel, Vorname, Name und Anschrift Antragsteller:in  _____  _____  _____
<b>Anlagen zu diesem Antrag</b>  Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen bei: <ul style="list-style-type: none"><li>• Auflistung der für Ihren Antrag relevanten Weiterbildungszeiten</li><li>• Alle relevanten Zeugnisse im Original <b>Bitte beachten Sie: Für Weiterbildungszeiten, welche im Ausland absolviert wurden, ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in deutscher Sprache einzureichen.</b></li><li>• Kopie des gültigen Personaldokuments (Personalausweis, Reisepass etc.)</li><li>• tabellarische Aufstellung über die ärztliche Grundausbildung, absolvierte Weiterbildungszeiten sowie über die bisherige Berufspraxis (Lebenslauf)</li></ul>
<u>Einwilligungserklärung</u>  Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Ärztekammer Berlin einverstanden bin.  Ort, Datum _____  Unterschrift _____

## Auflistung der erbrachten Weiterbildungszeiten

**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: \_\_\_\_\_