



ANFRAGE ZUR BEWERTUNG

ObjektID: _____
(wird von Ärztekammer ausgefüllt)

von im Ausland absolvierten Weiterbildungszeiten

(Hier bitte die angestrebte Qualifikation gemäß Weiterbildungsordnung eintragen)

Ich bitte um Bewertung meiner absolvierten Weiterbildungszeiten nach folgender Weiterbildungsordnung:

WBO vom 5.2.2020

WBO vom 25.5.2011 (gemäß Übergangsbestimmungen)

Angaben zu meiner Person:

Name, Vorname, Titel:

Kontaktadresse:

Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

1. Berufserlaubnis ab: Kenntnisprüfung abgelegt (ja / nein):

deutsche Approbation am: in (Bundesland):

Tel.-Nr. für Rückfragen: E-Mail-Adresse:

Ich bitte um Bewertung folgender im Ausland absolvierter Weiterbildungszeiten:

| Zeitraum (Beginn und Ende mit Tag, Monat, Jahr) | Land (in dem die Weiterbildung absolviert wurde) | Weiterbildungs- stätte (Name des Krankenhauses) | Fachrichtung, Stellung (z. B. Innere Medizin, Assistenzarzt) | Weiterbilder (Namen und Qualifikationen) | Arbeitszeit |
|--|---|--|---|--|--|
| von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/> h/Woche |
| von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/> h/Woche |
| von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/> h/Woche |
| von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input style="width: 130px; height: 60px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/> h/Woche |

Unter Berücksichtigung der geltenden EU-Richtlinie 2005/36/EG Art. 3 (1) c) ist der überwiegende Teil der geforderten Weiterbildungszeit zum Erwerb einer deutschen Facharztkompetenz innerhalb der EU zu absolvieren. Aus einem Drittstaat kann deshalb **maximal die Hälfte** der in Schleswig-Holstein geforderten Weiterbildungszeit auf eine Anerkennung als gleichwertige Weiterbildungszeit geprüft werden.

Meine Weiterbildung wurde unterbrochen: (z. B. durch Wehrdienst, Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit)

von bis wegen
von bis wegen

Erklärungen:

- Hiermit erkläre ich, dass ich bisher bei keiner anderen deutschen Ärztekammer eine Anfrage zur Bewertung meiner im Ausland absolvierten Weiterbildungszeiten gestellt habe.
- Eine Bewertung ist bereits erfolgt durch die Ärztekammer:
(gegebenenfalls Bescheid beifügen)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Mit der Anfrage sind folgende Unterlagen einzureichen:

1. **aktueller** Lebenslauf / Beruflicher Werdegang (in tabellarischer Aufstellung)
2. Urkunde über Ihre Anerkennung als Arzt / Ärztin (Approbation im Herkunftsland)
3. Nachweise zu Ihrer Berufserlaubnis in Deutschland
4. deutsche Approbationsurkunde (zusammen mit dem entsprechenden Gutachten, wenn Sie die deutsche Approbation nicht über eine Kenntnisprüfung erlangt haben).
5. Weiterbildungszeugnisse aus dem Ausland (als Textdokument, ausgestellt auf dem Geschäftsbogen der Weiterbildungsstätte, mit Ausstellungsdatum, unterschrieben und abgestempelt von Ihren Weiterbildern) mit folgenden Inhalts-Angaben:
 1. Beginn und Ende Ihrer Weiterbildung (Tag-Monat-Jahr), Umfang (in Wochenstunden)
 2. Name und Ort der Weiterbildungsstätte (Krankenhaus, Praxis, Medizinisches Zentrum) mit Benennung der Fachabteilungen, Bettenzahl, Patientenzahl, Beschreibung der technischen Ausstattung
 3. Namen Ihrer Weiterbilder (mit Angabe ihrer fachlichen Qualifikationen)
 4. Beginn und Ende Ihrer absolvierten Rotationen (Fachabteilungen, Notfallaufnahme, Intensivmedizin)
 5. Beschreibung Ihrer während der Weiterbildung erworbenen theoretischen Kenntnisse, Ihrer praktischen und ggf. operativen Fähigkeiten
6. Leistungsverzeichnis zu Ihrer im Ausland absolvierten Weiterbildung (z. B. OP-Katalog, Logbuch)
7. Nachweis über die staatliche Zulassung der Weiterbildungsstätten, in denen Sie tätig waren
8. Weiterbildungszeugnisse zu Ihrer bisher in Deutschland absolvierten Weiterbildung mit einer Einschätzung Ihres Kenntnisstandes (wenn möglich mit Leistungsverzeichnissen).

Die einzureichenden Dokumente müssen folgende Vorgaben erfüllen:

- ▶ **Alle** Dokumente sind im Original oder in beglaubigter Kopie einzureichen. Aus Ihrem Herkunftsland **digital übermittelte Dokumente** (Mail-Anhänge, Scans, Screenshots) **werden nicht akzeptiert**.
- ▶ **Beglaubigungen** von Original-Dokumenten dürfen **nur in Deutschland** und nur **von Dienstsiegel-führenden Stellen, jedoch nicht von Übersetzern** vorgenommen werden.
- ▶ **Für alle ausländischen Dokumente** (auch für Dokumente in englischer Sprache) **ist eine deutsche Übersetzung vorzulegen**, vorgenommen **von einem in Deutschland beidigten Übersetzer** (www.justiz-dolmetscher.de). Vom Übersetzer ist zu bestätigen, dass das Original vorgelegen hat.