



Bayerische Landesärztekammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Mühlbaurstraße 16, 81677 München
Telefon 089/4147-133

Antrag Nr.	/
Eingang	
WBO	
MNR	

(wird von der BLÄK ausgefüllt)

Antrag auf Anerkennung

folgender Weiterbildungsqualifikation gemäß § 18 / § 18a der aktuellen Weiterbildungsordnung
(Bitte für jede beantragte Qualifikation ein eigenes Antragsformular verwenden):

☐ Facharztbezeichnung:

☐ Schwerpunktbezeichnung:

☐ Zusatzbezeichnung:

Nachname: Vorname: Titel:

Geburtsdatum: Geburtsort: Geburtsname:

Privatadresse:
..... Tel.:

Dienstadresse:
..... Tel.:

E-Mail-Adresse:

Erlaubnis nach § 10 BÄO: Datum: von bis Ausstellungsbehörde:

Approbation: Datum: Ausstellungsbehörde:

Promotion: Datum: Ausstellungsbehörde:

Bei welchem Ärztlichen Kreisverband sind Sie gemeldet? seit wann:

Bitte vergessen Sie nicht auf der letzten Seite zu unterschreiben!

Erforderliche Angaben/Unterlagen

1. Approbation
2. Promotion
3. ggf. Heiratsurkunde, sofern der Familienname mit der Approbation nicht mehr übereinstimmt
4. Facharzt Diplom (bzw. Diplom, das als Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung anerkannt werden soll) aus dem EU-Mitgliedstaat/EWR-Mitgliedstaat/Schweiz in amtlich beglaubigter Kopie
5. Bestätigung der Konformität gemäß der Richtlinie 2005/36/EG durch die zuständige Behörde im EU-Mitgliedstaat/EWR-Mitgliedstaat/Schweiz

Hinweise zur Vorlage von Unterlagen:

Wenn Sie Unterlagen bereits im Rahmen eines anderen Verfahrens bei der Bayerischen Landesärztekammer eingereicht haben, müssen diese **nicht** erneut beigelegt werden.

Alle Unterlagen aus dem EU-Mitgliedstaat/EWR-Mitgliedstaat/Schweiz müssen in der Landessprache und in deutscher Übersetzung durch einen öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer/Dolmetscher in Deutschland vorgelegt werden.

Die Bayerische Landesärztekammer behält sich vor, gegebenenfalls weitere Nachweise zur Prüfung der Gleichwertigkeit bei Ihnen anzufordern.

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten seit Abschluss der ärztlichen Grundausbildung (seit Erhalt des Arztdiploms)

von	bis	Tätigkeitsanschrift	Abteilung	Name des Weiterbilders	Vollzeit/ Teilzeit	Ärztliche Tätigkeit (Arzt in Weiterbildung/ Facharzt/...)

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

1. ich einen solchen Antrag bei keiner anderen deutschen Ärztekammer gestellt habe und ein solcher Antrag von einer deutschen Ärztekammer nicht negativ beschieden oder abgewiesen wurde und infolgedessen kein Widerspruchs-, Klage- oder Berufungsverfahren gegen eine deutsche Ärztekammer anhängig ist.
2. ich bereits im Besitz folgender Anerkennungen (Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung) bin

Qualifikation:	Ausstellungsdatum:
Qualifikation:	Ausstellungsdatum:
Qualifikation:	Ausstellungsdatum:

3. ich alle Angaben der Seiten 1 bis 4 vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu rechtlichen Konsequenzen führen können.

Datum:

.....
(Unterschrift)