LANDESÄRZTEKAMMER THÜRINGEN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

PF 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-0
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Anerkennung einer in einem Drittstaat erworbenen Facharztbezeichnung

.....
(Bitte genaue Bezeichnung angeben)

Bitte beachten Sie, dass Sie am Tag Ihrer Prüfung Mitglied der Landesärztekammer Thüringen sein müssen!

Titel:	.....	Geburtsdatum:	.....
Name, Vorname:	.....	Geburtsname:	.....
Staatsangehörigkeit:	.....	Geburtsort:	.....
Privatanschrift:	.....	Telefon privat:	.....
	.....	E-Mail privat:	.....
	.....		.....
Dienstanschrift:	.....	Telefon dienstlich:	.....
	.....	E-Mail dienstlich:	.....
	.....		.....

Erfolgte bereits eine Prüfung in einem anderen Kammerbereich?

☐ Ja, in der Landesärztekammer
Auflage bei einer nicht bestandenen Prüfung: .....
☐ Nein

Mit folgender Unterschrift erkläre ich, dass ich

1. bisher bei keiner anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland und / oder in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union einen Antrag auf Anerkennung für diese Bezeichnung gestellt habe,
2. bei keiner anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland und / oder in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union ein von mir gestellter Antrag abgewiesen bzw. ein Verfahren über einen Antrag in der Schwebe ist.

3. innerhalb der Bundesrepublik Deutschland und / oder in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union folgende Anerkennungen erworben habe:
   Facharzt / Teilgebiet / Zusatzbezeichnung *(bitte genaue Bezeichnung angeben)*

   ..... durch LÄK ..... am .....

   ..... durch LÄK ..... am .....

   ..... durch LÄK ..... am .....

4. damit einverstanden bin, dass die LÄKT zu anderen Ärztekammern / Behörden mittels E-Mail Kontakt aufnimmt, um meinen Antrag zu bearbeiten (*bitte ankreuzen*).

   Ja☐ Nein ☐

5. meine Weiterbildung in den folgenden Zeiträumen unterbrochen habe:

   von ..... bis ..... Grund: .....

   von ..... bis ..... Grund: .....

6. der Bekanntgabe von Bescheiden und der Übermittlung anderer Dokumente der Landesärztekammer Thüringen im Mitglieder-Portal zustimme.

7. sämtliche Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.

8. ich den Antrag für die Anerkennung der oben genannten Bezeichnung verbindlich stelle.

Ort, Datum Unterschrift

Dem Antrag beizufügen sind:

Bei Einreichung von Originalen holen Sie diese bitte nach Abschluss des Verfahrens innerhalb von 4 Wochen in der LÄKT ab. Ein versicherter Rückversand durch die LÄKT erfolgt nicht.

1. **Lebenslauf** (tabellarische Auflistung über Ihre absolvierte Qualifikation und Ihre Berufspraxis)
2. **Approbation** oder **Berufserlaubnis** (bei einer Berufserlaubnis ist zusätzlich der Nachweis über die gleichwertige Qualifikation erforderlich)
3. Nachweise über Ihre absolvierte **Qualifikation und Ihre Berufspraxis** (alle im Ausland erworbenen Original-Zeugnisse bzw. Beurteilungen sowie Leistungsaufstellungen)
1. Original-**Zeugnisse** bzw. **Beurteilungen** sowie **Leistungsaufstellungen**
2. **Gebührenformular**
3. Unterlagen darüber, welche Tätigkeiten in Drittstaaten in welchem Umfang auf die Qualifikation angerechnet wurden

Alle Antragsunterlagen sind im Original oder in amtlich beglaubigter Form einzureichen.

Beglaubigungsvermerke erteilen siegelführende Behörden, z. B. Amtsärzte, Notare, Bürger- und Meldeämter. Beglaubigungen durch Kircheneinrichtungen können leider nicht anerkannt werden.

Elektronischer Antrag über Einheitlichen Ansprechpartner: Es können nur Unterlagen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellt oder anerkannt wurden, auch elektronisch übermittelt werden. Hat die zuständige Behörde begründete Zweifel an der Echtheit der übermittelten Unterlagen, kann sie die Vorlage beglaubigter Kopien verlangen.

Ein Identitätsnachweis ist zusätzlich erforderlich und erfolgt im persönlichen Termin mit Vorlage von Personalausweis oder Pass.

Ablauf der Weiterbildung in zeitlicher Reihenfolge ab Approbation, Unterbrechungen der Weiterbildung (Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc.) sind präzise mit anzugeben

Tag/Monat/Jahr		**Weiterbildungsstätte**	**Weiterbildungsermächtiger / Weiterbildungsermächtigte**	**Umfang Tätigkeit in Stunden**
von	**bis**			