

---

## Antrag auf Anerkennung von Tätigkeiten im Ausland als Weiterbildungszeiten für

.....  
**(Bitte genaue Bezeichnung angeben)**

gemäß WBO 2011

gemäß WBO 2020

---

Name: .....

Vorname: .....

Titel: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: ..... Geburtsname: .....

Staatsangehörigkeit: .....

### **Privatanschrift**

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Email: .....

### **Dienstanschrift**

Einrichtung/Abteilung: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Email: .....

---

### **Beizufügen sind:**

- Gebührenformular
- beruflicher Werdegang (Lebenslauf)
- alle im Ausland erworbenen Original-Zeugnisse bzw. Beurteilungen und Leistungsaufstellungen (nicht in deutscher Sprache ausgestellte Bescheinigungen sind mit Übersetzung von einem amtlich in Deutschland zugelassenen Übersetzer einzureichen)
- 

### ***Wichtige Hinweise für die einzureichenden Unterlagen zum o. g. Antrag***

Wir bitten Sie, alle Antragsunterlagen *im Original oder in amtlich beglaubigter Form* bei uns einzureichen. Originalbelege erhalten Sie auf Wunsch zurück (bitte vermerken Sie dies auf den Antragsunterlagen!)

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

Ihre Unterlagen sind in der Regel in deutscher Sprache oder als beglaubigte Kopie einer deutschen Übersetzung vorzulegen. Die Übersetzungen müssen von Dolmetschern oder Übersetzern angefertigt werden, die öffentlich bestellt oder beeidigt sind. Die Übersetzungen müssen im Original oder von den beglaubigten Kopien angefertigt werden. Dies ist vom Übersetzer zu bescheinigen.

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

**Hiermit erkläre ich,**

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

.....durch LÄK.....am.....

.....durch LÄK.....am.....

.....durch LÄK.....am.....

.....  
Datum / Ort

.....  
Unterschrift

**Möchten Sie Ihre Antragsunterlagen persönlich in der Landesärztekammer Thüringen abgeben, bitten wir Sie, mit der zuständigen Sachbearbeiterin einen Termin telefonisch oder per Email zu vereinbaren.**

Ansprechpartner:

**Frau Beschel**  
Telefon: 03641 614-127  
Email: [beschel.weiterbildung@laek-thueringen.de](mailto:beschel.weiterbildung@laek-thueringen.de)