

Antrag auf Erteilung Prädikat

Weiterbildungplus⁺

Erlangung der Auszeichnung „Weiterbildung plus“
für die Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Telefon (dienstlich): _____ E-Mail (dienstlich) _____

Anschrift/en der Weiterbildungsstätte/n

Name _____ Name _____

Abt. _____ Abt. _____

Straße _____ Straße _____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort _____

Abschluss des Zertifikates Train the Trainer? ja nein

Nachweis über ein individuelles Weiterbildungsprogramm? ja nein

Nachweis des Fortbildungszertifikates? ja nein

Begehung der Weiterbildungsstätte bereits erfolgt? ja nein wann _____

Wie viele Assistenten haben Sie ca. an der Einrichtung in dem Gebiet weitergebildet? _____

Nehmen die Weiterbildungsassistenten an Evaluationen teil? ja nein

Einverständniserklärung

Veröffentlichung des erworbenen Prädikat „Weiterbildung plus“

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie mit der Veröffentlichung Ihrer Qualifikation einverstanden sind. (gegebenenfalls Veröffentlichung Ihres Namens, Ihrer Dienstanschrift und Ihrer erworbenen Qualifikation bei Anfragen von Patienten und Ärzten sowohl auf einer Liste als auch im Internet und im Ärzteblatt Thüringen)

Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anerkennung bin ich einverstanden.

Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anerkennung bin ich nicht einverstanden.

Beantragt:

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel