



**ANTRAG AUF ANERKENNUNG DER BEZEICHNUNG**

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

gemäß WBO 2011

gemäß WBO 2020

**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: .....

**Sollen Zeiten unter Berufserlaubnis mit geprüft werden?**

Ja<sup>1</sup>

Nein

**Erfolgte bereits eine Anerkennung von Weiterbildungszeiten von einer anderen Landesärztekammer?**

Nein

Ja<sup>2</sup>, in der Landesärztekammer .....  
Auflage bei einer nicht bestandenen Prüfung: .....

**Mit folgender Unterschrift erkläre ich, dass ich**

- 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,
- 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.

<sup>1</sup> Bitte anzuerkennende Berufserlaubnis mit einreichen.

<sup>2</sup> Bitte Bescheid mit einreichen.

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 Email Kontakt aufnimmt sofern erforderlich, 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. sämtliche Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.

7. ich den Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten verbindlich stelle.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### Dem Antrag beizufügen sind:

Antragsunterlagen müssen nicht im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie eingereicht werden (eine Kopie ist ausreichend).

1. **Weiterbildungszeugnisse** aller Abschnitte für die beantragte Bezeichnung mit den folgenden Punkten:
  - Weiterbildungszeitraum (von ... bis ...)
  - Umfang der Tätigkeit (Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit in Stunden)
  - Unterbrechungen (bspw. Mutterschutz, Elternzeit, Fehlzeiten über 6 Wochen pro Kalenderjahr)
  - Abschlusszeugnis: Bestätigung der Facharztreihe
  - gemeinsamen Weiterbildungsermächtigung: alle Weiterbildungsermächtigte müssen Zeugnisse unterschreiben
  - Musterzeugnis: [https://www.laek-thueringen.de/aerzte/weiterbildung/wbo\\_logbuecher/](https://www.laek-thueringen.de/aerzte/weiterbildung/wbo_logbuecher/)
2. **Bescheide** über anerkannte Abschnitte aus anderen Kammern
3. **Berufserlaubnis** mit dazugehörigem Bescheid (sollte kein Bescheid vorliegen, wenden Sie sich bitte an die zuständige Approbationsbehörde)

**Aufstellung der ärztlichen Weiterbildungstätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge ab Approbation. Unterbrechungen der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc. sind präzise einzutragen.**

Tag/Monat/Jahr		Weiterbildungsstätte	Weiterbildungsermächtiger / Weiterbildungsermächtigte	Umfang d. Tätigkeit in % (Voll-/Teilzeit)
von	bis			