



**ANTRAG AUF ANERKENNUNG VON WEITERBILDUNGSZEITEN**

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

gemäß WBO 2011

gemäß WBO 2020

**Bitte beachten Sie, dass Sie bis zum Abschluss des Verfahrens 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: .....

**Soll die Anerkennung von Zeiten unter Berufserlaubnis mit geprüft werden?**

Ja<sup>1</sup>

Nein

**Erfolgte bereits eine Anerkennung von Weiterbildungszeiten für die oben angegebene Bezeichnung von einer anderen Landesärztekammer?**

Nein

Ja<sup>2</sup>, in der Landesärztekammer .....

**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 von Weiterbildungszeiten 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 hinsichtlich der Anerkennung der oben genannten Bezeichnung 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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

#### Dem Antrag beizufügen sind:

Der Antrag ist im Original einzureichen. Beizufügende Antragsunterlagen können in Kopie eingereicht werden.

- 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 Facharztstufe
  - 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/)
- Bescheide** über anerkannte Abschnitte aus anderen Kammern
- 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 (Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc.) sind präzise mit anzugeben.**

Tag/Monat/Jahr		Weiterbildungsstätte	Weiterbildungsermächtigter / Weiterbildungsermächtigte	Umfang der Tätigkeit in Stunden
von	bis			