



---

**Antrag auf Erteilung einer Übergangsermächtigung zur Weiterbildung**

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

**A    Allgemeines**

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

**Anschrift/en der Weiterbildungsstätte/n**

Anschrift Weiterbildungsstätte<sup>1</sup> 1

Dienstanschrift: .....	Abteilung: .....
.....	.....

Anschrift Weiterbildungsstätte 2 (falls vorhanden)

Dienstanschrift: .....	Abteilung: .....
.....	.....

**Tätigkeitsumfang**

Vollzeittätigkeit:             ja    nein

Wenn nein: Teilzeittätigkeit:     ja\*    nein \*

\*wenn ja: Anzahl der Stunden pro Woche: .....

---

<sup>1</sup> Die Weiterbildungsstätte ist die Organisationseinheit, in der Sie tätig sind.

**Verbund/Gemeinsame Ermächtigung<sup>2</sup>** ja  nein \*

Wenn ja, mit wem: .....

Anschrift .....

.....

Abteilung .....

**Medizinisches Versorgungszentrum**Werden Weiterbildungsinhalte **auch** an einem Medizinischem Versorgungszentrum vermittelt? ja  neinSind Sie / Ihr Mitermächtigter (**auch**) an einem Medizinischem Versorgungszentrum tätig? ja  nein

Wenn ja, seit: .....

als: .....

Leiter des MVZ: .....

**B Tätigkeit in der beantragten Bezeichnung - bitte beruflichen Werdegang beifügen**Waren Sie in den letzten **3 Jahren** regelmäßig in der beantragten Bezeichnung tätig?  ja  neinWenn ja, gab es Unterbrechungen (> 6 Wochen)?  ja  nein

Wenn ja, bitte angeben:

Unterbrechung von – bis

Grund der Unterbrechung

.....

.....

.....

**C Vertretung**Wer vertritt Sie im Fall Ihrer Abwesenheit von mehr als 6 Wochen?<sup>3</sup>

Vorname, Name: .....

Abteilung: .....

Dienststellung: .....

**Ihr Vertreter ist zwingend über die Antragstellung zu informieren.**

<sup>2</sup> Hierbei handelt es sich nicht um eine Vertretung, sondern um eine gleichrangige Beteiligung. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Weiterbildungszeugnisse gemeinsam unterzeichnet werden müssen.

<sup>3</sup> Ein Vertreter ist zwingend zu benennen.

**D Weiterbildungsermächtigung**

Für Ihre Weiterbildungsermächtigung wird vorerst grundsätzlich die Weiterbildungsermächtigung Ihres Vorgängers zu Grunde gelegt. Sie können nach Erteilung der Ermächtigung jederzeit einen Antrag auf Erweiterung Ihrer Weiterbildungsermächtigung stellen. Hierfür sind grundsätzlich aktuelle statistische Angaben Ihrer Organisationseinheit für mindestens ein halbes Jahr erforderlich.

Sie erhalten Ihre Weiterbildungsermächtigung für alle gültigen Weiterbildungsordnungen.

**Bestand vor Ihnen eine Weiterbildungsermächtigung an der Organisationseinheit?**

ja  nein

Wenn **nein**: In welchem Umfang beantragen Sie die Weiterbildungsermächtigung? .....

**Hat sich an der Struktur Ihrer Abteilung / Klinik<sup>4</sup> seit Ihrer Einstellung etwas Grundlegendes geändert?**

ja  nein

Wenn ja: Was hat sich geändert: .....

.....

**Wer war Ihr Vorgänger an der Weiterbildungsstätte?<sup>5</sup>**

Vorname, Name: .....

Abteilung: .....

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

1. vorstehende Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.
2. ich den Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsermächtigung verbindlich stelle.
3. gleichzeitig die Zulassung meiner Organisationseinheit als Weiterbildungsstätte beantrage. Mir ist bewusst, dass hierfür Kosten entstehen können.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift/Stempel

<sup>4</sup> Krankheits- und Leistungsspektrum, personelle Besetzung oder Ähnliches

<sup>5</sup> Der Vorgänger ist zwingend zu benennen.