

(nur von der Ärztekammer auszufüllen)

Zahlungseingang: \_\_\_\_\_

Summe: \_\_\_\_\_

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_

VW:

Kürzel: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Anerkennung ausländischer Weiterbildungszeiten

gemäß Weiterbildungsordnung (Pflichtfeld):  2020  2005

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

private Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Ich habe auf der zweiten Seite meinen beruflichen Werdegang vollständig aufgelistet und beantrage hiervon die Anrechnung folgender ärztlicher Tätigkeiten im Ausland

Nr. (von der Folgeseite übertragen)

\_\_\_\_\_

(Krankenhaus, Abteilung, Stadt/Land)

\_\_\_\_\_

(Krankenhaus, Abteilung, Stadt/Land)

\_\_\_\_\_

(Krankenhaus, Abteilung, Stadt/Land)

als gleichwertige Weiterbildung auf die Weiterbildung für

\_\_\_\_\_

Bezeichnung nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen (WBO)

## Ärztliche Grundausbildung (Medizinstudium, Approbation)

Medizinstudium \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Universität, Studienort, Land) (tt/mm/jj) (tt/mm/jj)

Praktische Ausbildung /Ordinatur/Internatur/Sonstiges

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Krankenhaus, Ort, Land) (tt/mm/jj) (tt/mm/jj)

Uneingeschränkte Erlaubnis zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufs in diesem Land

Erteilt am: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jj)

Durch: \_\_\_\_\_  
(Name und Sitz der zuständigen Behörde)

Diese Ausbildung wurde in Deutschland am \_\_\_\_\_ (tt/mm/jj) als gleichwertig anerkannt durch  Approbation  Bescheid, Approbation bisher nicht erteilt  Kenntnisprüfung

Festgestellt durch: \_\_\_\_\_  
(Name und Sitz der zuständigen Behörde)

## Vollständiger beruflicher Lebenslauf – Die Nummerierung (Spalte 1) bitte auf der Folgeseite verwenden

Die ärztliche Ausbildung und Berufserfahrungen, Abschlüsse und sowie Unterbrechungen infolge Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit etc. sind präzise mit Datumsangaben einzutragen, siehe Beispiele in der ersten Zeile.

Nr.	von (tt/mm/jj)	bis (tt/mm/jj)	Wo? Name der Einrichtung, Fachabteilung	In (Stadt, Land)	Unter wessen Anleitung?	Fachrichtung	Wöchentl. Arbeitszeit in Stunden
Beispiel	01.03.1996 01.05.2003 24.05.2003	17.04.2003 23.05.2003 30.01.2006	Universität Kairo Krankenhaus Aleppo, Chir. Abt., Mutterschutz, Elternzeit	Kairo, Ägypten Aleppo, Syrien	Entfällt Chefarzt Dr. Razan Sabia	Medizin Chirurgie	Entfällt 45 Stunden
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Hiermit erkläre ich, dass diese Angaben vollständig und richtig sind.

Bremen/Bremerhaven,

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift



Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen im Original oder als beglaubigte Kopie bei:

- Identitätsnachweis (*bei persönlicher Abgabe des Antrags kopieren wir gerne Ihren Ausweis/Reisepass mit Lichtbild für Sie*)
- Approbation oder Bescheid über die Gleichwertigkeit Ihres Ausbildungsstands
- Weiterbildungsnachweise (Urkunden) , zusätzlich ausführliche Bescheinigungen (Zeugnisse, Leistungskataloge z.B. OP-Katalog, Arbeitsverträge) über die Weiterbildungszeit, einschließlich eines aktuellen Weiterbildungszeugnisses (nicht älter als sechs Monate) des derzeitigen Weiterbilders. Fremdsprachige Dokumente sind der Ärztekammer in der Amtssprache des Herkunftsstaates und mit einer deutschen Übersetzung eines amtlich vereidigten Übersetzers ebenfalls in Form von Originalen bzw. amtlich beglaubigten Kopien vorzulegen.

Für das Verfahren zur Prüfung und Anerkennung ausländischer Weiterbildungen oder im Ausland absolvierter Weiterbildungsabschnitte ist nach der Gebührenordnung der Ärztekammer Bremen eine Gebühr zwischen 100 € und 500 € fällig. Die konkrete Anwendung des Gebührenrahmens ergibt sich aus dem Bearbeitungsaufwand. Die voraussichtliche Höhe der Bearbeitungsgebühr teilen wir Ihnen in der Eingangsbestätigung mit.

Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Telefonnummern und E-Mail-Adresse an:

dienstlich: \_\_\_\_\_

privat: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich bisher bei keiner deutschen Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung meiner ausländischen Zeiten und / oder Abschlüsse gestellt habe.

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der Ärztekammer \_\_\_\_\_ einen Antrag auf Anerkennung meiner ausländischen Zeiten und/oder Abschlüsse gestellt habe.

- Der Antrag wurde abgelehnt.
- Einzelne Weiterbildungsabschnitte wurden anerkannt.
- Eine abschließende Entscheidung wurde noch nicht getroffen.

Die Schreiben dieser Ärztekammer habe ich als Kopie beigefügt. Ich bin damit einverstanden, dass diese Ärztekammer zu diesem Antragsverfahren der Ärztekammer Bremen auf Anfrage Auskunft erteilt.

Hiermit erkläre ich, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

Bremen/Bremerhaven,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Für die Antragsabgabe vereinbaren Sie bitte einen Termin mit den Mitarbeiterinnen der Weiterbildungsabteilung unter Telefon 0421 3404-220, -222, -223 oder [wb@aekhb.de](mailto:wb@aekhb.de)

**Ohne Terminvereinbarung können wir Auslandsanträge nicht persönlich entgegennehmen.**