

# Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

## 1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Bezeichnung

**Kinder-und Jugendorthopädie**

Gebiet/Schwerpunkt \_\_\_\_\_

Gemäß folgender Weiterbildungsordnung:  WBO 2006 **oder**  WBO 2022

Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden.

Hierzu stellen Sie **vorab** einen gesonderten Antrag.

## 2. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort/Land: \_\_\_\_\_

Akad. Grad(e): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Datum Promotion: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Ort: \_\_\_\_\_

Datum Approbation: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Datum zahnärztliche Approbation: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

## 3. Anschrift und Kontakt

### Dienstanschrift

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

# Antrag auf Anerkennung

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

## 4. Bisher erworbene Bezeichnungen

Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____

## 5. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass....

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe.  Ja  Nein

wenn „ja“ bei der Ärztekammer: \_\_\_\_\_ (Bitte Bescheid beifügen.)

...eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer \_\_\_\_\_ besteht.  Ja  Nein

...die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Weiterbildungszeiten,

außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind.

Ja

Nein

Falls „Ja“

Meine Weiterbildung wurde wegen \_\_\_\_\_ unterbrochen.

(z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

Zeiträume der Unterbrechungen:

von: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

bis: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

Grund: \_\_\_\_\_

von: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

bis: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

Grund: \_\_\_\_\_

von: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

bis: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

Grund: \_\_\_\_\_

# Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Orthopädie

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

## Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie WBO 2022

<b>Definition</b>	Die Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendorthopädie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen höherer Schwierigkeitsgrade, Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.
<b>Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facharztanerkennung für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Kinder- und Jugendchirurgie und <b>zusätzlich</b></li> <li><b>18 Monate Kinder- und Jugend-Orthopädie</b> unter Befugnis an Weiterbildungsstätten</li> </ul>

## Facharztanerkennung für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Kinder- und Jugendchirurgie

Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer										
_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>											_____

## Weiterbildungszeit

	Zeitraum	Land	Aufstellung der Weiterbildungsstätte, Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.	Abteilung und Name des befugten Arztes	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit																				
1	von <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																					_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
2	von <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																					_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
3	von <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																					_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %
4	von <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																					_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ %

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Rheinhausen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_