

# Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

## 1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

**Manuelle Medizin**

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 Manuelle Medizin



Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

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

## Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin WBO 2022

<b>Definition</b>	Die Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharzt-kompetenz die Erkennung und Behandlung reversibler Funktionsstörungen des Bewe-gungssystems einschließlich ihrer Wechselwirkung mit anderen Organsystemen mittels manueller Untersuchungs- und Behandlungstechniken.
<b>Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung <u>und zusätzlich</u></li> <li><b>320 Stunden Kurs-Weiterbildung</b> gem. § 4 Absatz 6 in „Manuelle Medizin“, davon 120 Stunden Grundkurs und anschließend 200 Stunden Aufbaukurs</li> </ul> <u>und zusätzlich</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Manuelle Medizin</b> gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis (<u>Nachweise in Form von Zeugnissen und/oder Logbüchern beifügen</u>)</li> </ul>

## Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer							
_____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _			

## Anerkannte Kurse für Manuelle Medizin (120 Stunden Grundkurs und 200 Stunden Aufbaukurs)

	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden							
1	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				
2	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				
3	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				
4	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				
5	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				
6	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				
7	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				
8	von _____ bis _____ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"> _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_____	_____
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _				

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 Weiter-bildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

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

Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_