

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Bezeichnung

Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)

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 Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)

Vorname: _____ Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) WBO 2022

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die spezielle Diagnostik und Therapie komplexer struktureller angeborener Herzfehler im Erwachsenenalter.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> Facharztanerkennung für Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie <u>und zusätzlich</u> 18 Monate Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

Facharztanerkennung in einem der genannten Gebiete

Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer			
_____	<table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</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"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</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"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</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"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</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"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□</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 Pfalz.

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 _____