

# Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

## 1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

**Spezielle Viszeralchirurgie**

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 Viszeralchirurgie

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

Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie WBO 2022	
<b>Definition</b>	Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen, Fehlbildungen innerer Organe, insbesondere der gastroenterologischen und endokrinen Organe.
<b>Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facharztanerkennung für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie <u>und zusätzlich</u></li> <li><b>24 Monate Spezielle Viszeralchirurgie</b> unter Befugnis an Weiterbildungsstätten</li> </ul>

Facharztanerkennung für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie										
Facharzt	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer								
_____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </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="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </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="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </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="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </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="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </td> <td style="width: 10%;">·</td> <td style="width: 10%;"> _ _ </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 Rheinhesen.

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 \_\_\_\_\_