

Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

Tropenmedizin

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 Tropenmedizin

Vorname: _____ Nachname: _____

Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin Auszug WBO 2022

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin umfasst die Epidemiologie, Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und das Management von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, die mit den besonderen Lebensumständen, Krankheitserregern und Umweltbedingungen in tropischen Ländern oder Regionen mit besonderen klimatischen oder gesundheitlichen Belastungen verbunden sind sowie hereditär vorkommen einschließlich der in Deutschland seltenen, oft tropischen, lebensbedrohlichen und hochkontagiösen Erkrankungen aus dem Ausland.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung <u>und zusätzlich</u> • 9 Monate Tropenmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten <u>und zusätzlich</u> • 9 Monate tropenmedizinische Tätigkeit in einer medizinischen Einrichtung in den Tropen <u>und zusätzlich</u> • 3 Monate Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Absatz 6 in „Tropenmedizin und Medizinische Parasitologie“

Weiterbildungszeit (9 Monate Tropenmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten)

	Zeitraum	Land	Aufstellung der Weiterbildungsstätte, Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.	Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____	_____	<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 [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____	_____	<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 [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____	_____	<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 [][][][] %

Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Tropenmedizin



BEZIRKSÄRZTE
KAMMER PFALZ

Vorname: _____ Nachname: _____

9 Monate tropenmedizinische Tätigkeit in einer medizinischen Einrichtung in den Tropen					
	Zeitraum	Land	medizinische Einrichtung	Art der Tätigkeit	Arbeitszeit
1	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____	<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 [][] 1/Woche [][][] %
2	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____	<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 [][] 1/Woche [][][] %

Anerkannte Kurse für Tropenmedizin und Medizinische Parasitologie			
	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden
1	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
2	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
3	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
4	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
5	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
6	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
7	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
8	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____
9	von [][] . [][] . [][][][][][][][][][] bis [][] . [][] . [][][][][][][][][][]	_____	_____

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