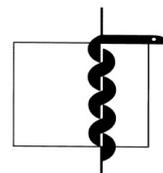


Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Akupunktur gem. WbO 2006

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Privatanschrift:			
Telefon:		Fax:	Email:
Dienstanschrift:			
Telefon:		Fax:	Email:
Staatsangehörigkeit:			Dieser Abschnitt wird von der Kammer ausgefüllt
Approbation am:		Ort:	
Promotion am:		Ort:	
Folgende Anerkennung(en) wurde(n) mir bisher durch eine Ärztekammer erteilt (bitte Angabe mit Erteilungsdatum):			
Telefon: Klinik:		Privat:	Telefax:
<p>Hiermit erkläre ich, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich z.Zt. bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung gestellt habe, - in keinem Fall – in folgenden – Fällen ein Antrag von mir auf Anerkennung, wegen Nichtbestehens der Prüfung bzw. Nichterfüllung der Voraussetzungen, abgewiesen worden ist oder noch ein Berufungsverfahren hinsichtlich einer Anerkennung läuft: <p>- Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (ausgenommen der tarifliche Jahresurlaub) unterbrochen waren.</p> <p>- Meine Weiterbildung wurde unterbrochen:</p> <p>- von: bis: durch:</p>			
Ort/Datum:		Unterschrift: _____	



Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Akupunktur

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Akupunktur umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die therapeutischen Beeinflussung von Körperfunktionen über definierte Punkte und Areale der Körperoberfläche durch Akupunkturtechniken, für die eine Wirksamkeit nachgewiesen ist.

Anerkennung als Facharzt für

wurde am:

durch die Ärztekammer:

erteilt.

Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 120 Stunden mit praktischen Übungen in Akupunktur

von: bis: wo:

von: bis: wo:

von: bis: wo:

von: bis: wo:

Anschließend unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten

1) 60 Stunden praktische Akupunkturbehandlungen

von: bis: wo:

von: bis: wo:

von: bis: wo:

2) 20 Stunden Fallseminare in mindestens 5 Sitzungen innerhalb von mindestens 24 Monaten

von: _____ **bis:** _____ **wo:** _____

von: _____ **bis:** _____ **wo:** _____