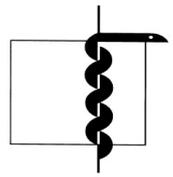


## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Andrologie gem. WbO 2006

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"> <li>- Ich z.Zt. bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung gestellt habe,</li> <li>- 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:</li> </ul> <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 Andrologie

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Andrologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von männlichen Fertilitätsstörungen einschließlich partnerschaftlicher Störungen und männlicher Kontrazeption, der erektilen Dysfunktion einschließlich Libido-, Ejakulations- und Kohabitationsstörungen, des primären und sekundären Hypogonadismus, der Pubertas tarda sowie der Seneszenz des Mannes.

<p>Anerkennung als Facharzt für: <input type="checkbox"/> <u>Haut- und Geschlechtskrankheiten oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> Urologie oder</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Innere Medizin u. Endokrinologie u. Diabetologie</u></p> <p>wurde am: _____</p> <p>durch die Ärztekammer: _____ erteilt.</p>
<p><b>18-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte im Bereich Andrologie</b></p> <p>von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____</p> <p>von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____</p> <p>von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____</p> <p>Von diesen 18 Monaten können 6 Monate während der Weiterbildung in</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Haut- und Geschlechtskrankheiten oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Innere Medizin und Endokrinologien und Diabetologie oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> Urologie</p> <p>bei einem Weiterbildungsbefugten für Andrologie abgeleistet werden</p> <p>von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Anerkennung als Facharzt für: <u>Haut- und Geschlechtskrankheiten oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> Urologie oder</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Innere Medizin u. Endokrinologie u. Diabetologie</u></p> <p>wurde am: _____</p> <p>durch die Ärztekammer: _____ erteilt.</p>

