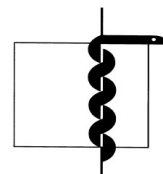


## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Phlebologie gem. WbO 2006

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 Phlebologie

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen und Fehlbildungen des Venensystems der unteren Extremitäten einschließlich deren thrombotischer Erkrankungen.

Anerkennung als Facharzt für \_\_\_\_\_

wurde am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztekammer: \_\_\_\_\_

erteilt.

**18-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte im Bereich Phlebologie**

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Krankenhaus/Praxis: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Krankenhaus/Praxis: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Krankenhaus/Praxis: \_\_\_\_\_

**Von diesen 18 Monaten können 6 Monate während der Weiterbildung in**

Allgemeinmedizin oder

Haut- und Geschlechtskrankheiten oder

Innere Medizin und Angiologie oder

12 Monate während der Weiterbildung in Gefäßchirurgie

**bei einem Weiterbildungsbefugten für Phlebologie abgeleistet werden**

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Krankenhaus/Praxis: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Krankenhaus/Praxis: \_\_\_\_\_