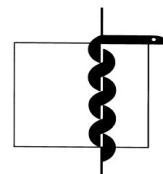


Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Röntgendiagnostik gem. WbO 2006

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 Röntgendiagnostik

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung in der fachgebundenen Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane sowie der Mamma.

Anerkennung als Facharzt für _____

wurde am: _____

durch die Ärztekammer: _____

erteilt.

12-monatige Weiterbildung Röntgendiagnostik Skelett unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte im Gebiet Radiologie oder im Bereich Röntgendiagnostik

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

von: _____ bis: _____ wo: _____

Von diesen 12 Monaten können bis zu 12 Monate während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

von: _____ bis: _____ Krankenhaus/Praxis: _____

oder/und