



Antrag auf Bestätigung einer Hospitation zum Zweck der Fortbildung

Einreichung vor Durchführung der Hospitation

Akad. Grad, Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____ EFN: _____

Hospitationsstätte: _____

Anschrift: _____

Hospitationsleiter: _____

Telefon: _____

Zeitraum: vom: _____ bis: _____ UE (45 min = 1 UE): _____

geplante Inhalte: _____

von der Ärztekammer auszufüllen

Kennntnisnahme durch die
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern: _____

Datum, Stempel, Unterschrift

Einreichung nach Durchführung der Hospitation

Zeitraum: vom: _____ bis: _____ UE (45 min = 1 UE): _____

absolvierte Inhalte: _____

(optional: Zeugnis
beizufügen)

Datum, Unterschrift des Hospitanten

Datum, Stempel, Unterschrift des Hospitationsleiters

von der Ärztekammer auszufüllen

Die Hospitation über _____ Unterrichtseinheiten wird
mit _____ Fortbildungspunkten in der Kategorie G der
Fortbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-
Vorpommern für das Fortbildungszertifikat anerkannt.

Datum, Stempel, Unterschrift

Den Antrag richten Sie bitte per E-Mail an fortbildung@aek-mv.de, postalisch an die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,
Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Straße 9 a, 18055 Rostock oder per Fax an 0381 49280 40.

