



## Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / -ort \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Dienstanschrift \_\_\_\_\_

dort tätig seit \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Angestrebte**

**Qualifikation**

☐ nach WBO 2020

☐ nach WBO 2005 nur für Facharzt-Weiterbildung, die vor dem 28.07.2020 begonnen wurden, möglich

Zusätzliche Anmerkung zum Antrag:

Ort, Datum

Unterschrift

**Tabelle Weiterbildungsabschnitte**

Weiterbildungsstätte	Klinik / Abteilung (ITS und NA gesondert aufführen!)	Weiterbilder (Name, Vorname)	Beginn (TT.MM.JJJJ)	Tätigkeitsende (TT.MM.JJJJ)	Monate insgesamt	Unterbrechungen* (von bis)	Voll- / Teilzeit (in %)

---

\* Sollten Sie sich im Beschäftigungsverbot, Mutterschutz, Erziehungszeit befunden haben oder längere Zeit, z. B. wegen einer Erkrankung, ausgefallen sein, teilen Sie uns diese Zeiten bitte ebenfalls in der Tabelle mit.