



Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum / -ort _____

Privatanschrift _____

Dienstanschrift _____

dort tätig seit _____

Kontaktdaten

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Angestrebte Qualifikation	
<input type="checkbox"/> nach WBO 2020	
<input type="checkbox"/> 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.