



## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<small>von der Ärztekammer auszufüllen</small>	
<b>Kenntnisnahme durch die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern</b>	
_____	_____
<small>Datum, Unterschrift des Hospitanten</small>	<small>Datum, Stempel, Unterschrift</small>

### 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

<small>von der Ärztekammer auszufüllen</small>	
<b>Die Hospitation über _____ Unterrichtseinheiten wird mit _____ Fortbildungspunkten in der Kategorie G der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg- Vorpommern für das Fortbildungszertifikat anerkannt.</b>	
_____	_____
<small>Datum, Stempel, Unterschrift</small>	