



Anrechnung von Tätigkeiten auf die Weiterbildung

Die Prüfung der Anrechenbarkeit soll bezüglich folgender Facharzt-, Schwerpunkt-, Zusatzbezeichnung bzw. folgender Weiterbildung erfolgen:

(Bitte beantragte Bezeichnung angeben)

nach WBO 2005

nach WBO 2020

Titel, Name, Vorname

Privatanschrift

Telefon-Nummer privat

Dienstanschrift

Telefon-Nummer dienstlich

Geburtsdatum, Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Bitte fügen Sie diese Nachweise bei:

Zeugnisse

Arbeitsverträge

Bitte beachten Sie, dass eine inhaltliche Überprüfung der vorgelegten Zeugnisse erst bei Antragstellung im Rahmen des späteren Zulassungsverfahrens erfolgt.

Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass die Bestätigung nur für den Bereich der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern erteilt wird.

Ort, Datum

Unterschrift (Stempel)

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

Monate

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

Monate

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge

Monate

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders:

Zeitraum: bis:

davon in Teilzeit: bis:

*davon Unterbrechungen der WB, z. B.
Mutterschutz, Elternzeit, Forschung etc.:* bis:

Weiterbildungsstätte:

Abteilung:

Name des Weiterbilders: