



## Antrag

auf Anerkennung von im Ausland absolvierten Weiterbildungsabschnitten  
gem. § 10 der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte vom  
15.06.2020 (WBO) auf die Weiterbildung in einem Gebiet, einem Schwerpunkt  
oder einer Zusatzbezeichnung nach WBO.

Ich beantrage die Anerkennung für die folgende Weiterbildungsbezeichnung nach WBO:

---

### Persönliche Angaben:

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Tag                      Monat                      Jahr  
Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift:

Straße, PLZ | Ort \_\_\_\_\_  
Telefon mobil: \_\_\_\_\_ | Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Aktueller Tätigkeitsort (bitte Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Praxis und des/der Weiterbilders/in angeben):

Angabe KH | Praxis | Weiterbilder/in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ | Ort \_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ | Telefon mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Befähigungsnachweisen | Berufserlaubnis | Approbation zur Ausübung des ärztlichen Berufes:

Erteilung des ausländischen Befähigungsnachweises am: \_\_\_\_\_  
Tag                      Monat                      Jahr  
Ausstellende Behörde | Stelle: \_\_\_\_\_  
Erteilung der  
 Approbation gemäß § 3 Bundesärzteordnung am: \_\_\_\_\_  
Tag                      Monat                      Jahr  
 Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des  
ärztlichen Berufes gemäß § 10 BÄO am: \_\_\_\_\_  
Tag                      Monat                      Jahr  
Ausstellende Behörde | Stelle: \_\_\_\_\_

### Wird von der Ärztekammer ausgefüllt

Antragsübermittlung  persönlich |  per Post |  per E-Mail  
 Alle Nachweise lagen im Original vor |  Anfertigung von ..... Kopien | Kürzel/Datum: .....

**Bisherige Tätigkeiten in Deutschland:**

von	bis	Weiterbildungsstätte	Fachgebiet	Weiterbilder/in	Monate

**Ich bitte um Anerkennung meiner nachfolgend aufgeführten, im Ausland absolvierten Weiterbildung gemäß § 10 WBO als Weiterbildung:**

von	bis	Weiterbildungsstätte	Fachgebiet	Weiterbilder/in	Monate

**Für die Anerkennung sind folgende Unterlagen vorzulegen:**

- Weiterbildungszeugnisse mit Beschreibung der Weiterbildungsstätte (Zahl der Betten / Patientengut) sowie detaillierter Beschreibung der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit, einschließlich Richtzahlen
- ggf. ersatzweise Weiterbildungsanforderungen des Herkunftslandes (z.B. Aus-/Weiterbildungscurriculum)
- ergänzende Nachweise über die im Einzelnen erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten (z.B. OP-Kataloge, Logbuch, Kursnachweise etc.)
- Approbation aus dem Herkunftsland (Nachweis über die staatliche Zulassung, den ärztlichen Beruf selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben)

**Hiermit erkläre ich, dass**

- ich bei keiner weiteren Ärztekammer gemeldet bin,
- ich ebenfalls bei der Ärztekammer \_\_\_\_\_ gemeldet bin (Doppelmitgliedschaft),
- ich keine Einwände dagegen habe, dass Rücksprache mit der bisher zuständigen Ärztekammer gehalten wird, falls dort ein Anerkennungsverfahren anhängig ist oder war,
- im Rahmen meines Anerkennungsverfahrens ein Datenaustausch zwischen den Landesärztekammern stattfinden kann,
- ich bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung meines im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises gestellt habe,
- in keinem Fall ein von mir gestellter Antrag von einer anderen Ärztekammer abgewiesen wurde oder ein Widerspruchsverfahren anhängig ist.
- ich damit einverstanden bin, dass sämtliche im Zusammenhang mit meinem Antrag zu führende Korrespondenz per E-Mail erfolgt

**Wichtige Hinweise:**

- Alle Nachweise sind der Ärztekammer Hamburg im Original und in zweifacher Kopie einer beglaubigten, deutschen Übersetzung von einem öffentlich bestellten Übersetzer als Anlage zu diesem Antrag vorzulegen. Ein Verzeichnis der Übersetzer finden Sie unter: [www.justizdolmetscher.de](http://www.justizdolmetscher.de)
- Wenn Sie Ihren Antrag persönlich abgeben möchten, einen Telefontermin oder einen Besuchstermin für eine persönliche Beratung wünschen, vereinbaren Sie bitte unbedingt vorher per E-Mail oder telefonisch einen Termin mit der zuständigen Bearbeiterin Frau Salhi | Montag bis Freitag 8.30 bis 13.30 Uhr | Anschrift: Weidestraße 122b, 22083 Hamburg, 13. Etage → E-Mail: [antragsanerkennung@aekhh.de](mailto:antragsanerkennung@aekhh.de) oder Telefon: 040 202299-266
- Die Bearbeitungsgebühr eines Antrags beträgt EUR 150,00.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_