



**Antrag auf Anerkennung einer Tätigkeit im Ausland**  
**für die nachfolgende Weiterbildungsbezeichnung (bitte eintragen):**

gemäß WBO vom (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 01.04.1996 i.d.F. vom 07.05.2001  
 21.02.2005 i.d.F. vom 01.09.2008

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
(Blockschrift)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Erteilung des ausländischen Befähigungsnachweises zur Ausübung des ärztlichen Berufes am:

\_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

Erteilung der Approbation gemäß § 3 Bundesärzteordnung (BÄO) bzw. Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 BÄO am:

\_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

**Bisherige Tätigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland:**

von	bis	Weiterbildungsstätte	Abteilung	Dienststellung d. Antragstellers	Zeit in Monaten

Ich bitte um Anerkennung meiner nachfolgend aufgeführten, im Ausland absolvierten Weiterbildung gemäß § 18 Abs. 4 bzw. § 19 der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte vom 21.02.2005 i.d.F. vom 01.09.2008 als Weiterbildung:

von	bis	Weiterbildungsstätte	Abteilung	Dienststellung d. Antragstellers	Zeit in Monaten

**Bitte beachten Sie:**

- Die oben aufgeführten Tätigkeiten können im Rahmen der Anerkennung nur Berücksichtigung finden, wenn sie durch **Zeugnisse** belegt sind. Die Zeugnisse sollten folgende Angaben enthalten:
  - Beschreibung der Weiterbildungsstätte (Zahl der Betten / Patientengut)
  - detaillierte Beschreibung der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit, einschließlich der Zahl der operativen Eingriffe
 Die Zeugnisse sind der Ärztekammer Hamburg als Kopie einer beglaubigten, deutschen Übersetzung als Anlage zu diesem Antrag vorzulegen.
- Sofern eine Weiterbildung außerhalb eines EU-Mitgliedstaates abgeleistet wurde, kann gemäß § 19 WBO eine **Anerkennung** erst erfolgen, wenn eine Weiterbildung von mindestens **12 Monaten** in dem angestrebten Gebiet oder Schwerpunkt in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet ist. Anderenfalls kann eine Anerkennung zunächst nur in Aussicht gestellt werden.
- Für die Bearbeitung dieses Antrags wird eine Gebühr von EUR 150,- erhoben. Eine Rechnung erhalten Sie nach Antragsabgabe.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Wichtig**

Sollten Sie den Antrag persönlich abgeben, bitten wir unbedingt um vorherige telefonische Terminvereinbarung, Tel.: 22 80 2 - 414 / - 417 / - 424/ - 468 / - 492 / - 683

**Telefonische Sprechzeiten:**

Mo, Do 8.30 - 16.00 / Mi 8.30 - 18.00

Besucheradresse:

Heinrich-Hertz-Straße 125, I. Stock, 22083 Hamburg

Postadresse:

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Stand: 19. April 2010