

# Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

## 1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Bezeichnung

**Sozialmedizin**

Gebiet/Schwerpunkt \_\_\_\_\_

Gemäß folgender Weiterbildungsordnung:  WBO 2006 **oder**  WBO 2022

Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden.

Hierzu stellen Sie **vorab** einen gesonderten Antrag.

## 2. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort/Land: \_\_\_\_\_

Akad. Grad(e): \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Datum Promotion: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] Ort: \_\_\_\_\_

Datum Approbation: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Datum zahnärztliche Approbation: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

## 3. Anschrift und Kontakt

### Dienstanschrift

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

# Antrag auf Anerkennung

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

## 4. Bisher erworbene Bezeichnungen

Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde	Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													_____

## 5. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass....

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe.  Ja  Nein

wenn „ja“ bei der Ärztekammer: \_\_\_\_\_ (Bitte Bescheid beifügen.)

...eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer \_\_\_\_\_ besteht.  Ja  Nein

...die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Weiterbildungszeiten,  
außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind.  Ja  Nein

Falls „Ja“

Meine Weiterbildung wurde wegen \_\_\_\_\_ unterbrochen.  
(z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

Zeiträume der Unterbrechungen:

von: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

 bis: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

Grund: \_\_\_\_\_

von: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

 bis: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

Grund: \_\_\_\_\_

von: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

 bis: 

--	--	--

 . 

--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

Grund: \_\_\_\_\_

# Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin

Diese Zusatz-Weiterbildung kann berufsbegleitend erworben werden.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin WBO 2022						
<b>Definition</b>		Die Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Teilhabe an Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft sowie deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die diesbezügliche Beratung der Sozialleistungsträger.				
<b>Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Facharztanerkennung <u>und zusätzlich</u></li> <li><b>320 Stunden Kurs-Weiterbildung</b> gemäß § 4 Absatz 6 in „Sozialmedizin“, <u>davon</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Sozialmedizin/Rehabilitationswesen</li> <li>160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Sozialmedizin</li> </ul> </li> <li><u>und zusätzlich</u></li> <li><b>Sozialmedizin</b> gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis (Nachweise in Form von Zeugnissen und/oder Logbüchern beifügen)</li> </ul>				
Facharztanerkennung						
Facharzt		Datum der Anerkennung	Ausstellende Kammer			
_____		<table border="1"> <tr> <td>□□</td> <td>□□</td> <td>□□□□□□</td> </tr> </table>	□□	□□	□□□□□□	_____
□□	□□	□□□□□□				
Anerkannte Kurse für Sozialmedizin (320 Stunden) <u>davon</u> 160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Sozialmedizin/Rehabilitationswesen 160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Sozialmedizin						
	Zeitraum	Kurs und Veranstalter	Stunden			
1	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			
2	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			
3	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			
4	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			
5	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			
6	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			
7	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			
8	von _____ bis _____ □□ . □□ . □□□□□□    □□ . □□ . □□□□□□	_____	_____			

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Rheinhausen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum: □□ . □□ . □□□□□□

Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_