

Schönbornstr. 10, 54294 Trier  
Tel.: 0651/994759-0, Fax: 994759-22  
[www.aerztekammer-trier.de](http://www.aerztekammer-trier.de)  
E-mail: [weiterbildung@aerztekammer-trier.de](mailto:weiterbildung@aerztekammer-trier.de)

eingegangen am:

### Anfrage zur Bewertung einer in Drittstaaten erworbenen Facharztanerkennung

Angestrebte Facharztanerkennung:		
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geb.Ort:	
Privatanschrift:		
Dienstanschrift:		
Telefon: dienstlich:	privat:	
E-mail:	Nationalität:	
Ärztl. Prüfung am:	Ort:	
Approbation am:	Ort:	
Facharztanerkennung (Drittstaat) erworben am:	Ort:	

#### Hinweise:

- 1) Sollte bereits von einer anderen Ärztekammer hierüber entschieden worden sein, ist dieser Bescheid vorzulegen.
- 2) Zeugnisse aus dem Ausland müssen - entsprechend den Kriterien für inländische Dokumente - ein Ausstellungsdatum, die genauen Daten der Anstellung, ggf. Unterbrechungen und die Unterschrift des leitenden Arztes tragen.
- 3) Alle Unterlagen aus dem Ausland sind von einem in Deutschland beeidigten Dolmetscher übersetzen zu lassen (**Kopie des ausländischen Dokumentes muss untrennbar mit der Übersetzung verbunden sein.**)
- 4) Für den Antrag wird eine Verwaltungsgebühr von derzeit 150,00 Euro erhoben. Hierüber erhalten Sie eine gesonderte Rechnung.

**Bitte beachten Sie, dass bei einem Wechsel der Ärztekammer vor Erteilung des Bescheides das Antragsverfahren beendet werden muss.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Aufstellung der ärztlichen Tätigkeiten im Ausland seit Ablegung der ärztlichen Prüfung in zeitlicher Reihenfolge:**

Von – bis (jew. genaues Datum)	Weiterbildungsstätte	Fachrichtung und leitender Arzt	Dienststellung (z.B. OA, Ass.arzt)	Arbeitszeit
				<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit .....h/Woche
				<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit .....h/Woche
				<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit .....h/Woche
				<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit .....h/Woche
				<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit .....h/Woche

Meine Weiterbildung wurde unterbrochen (z.B. Krankheit, Wehrdienst, Mutterschutz, Elternzeit):

von ..... bis ..... wegen .....

von ..... bis ..... wegen .....

Beizufügen sind im Original mit jeweils 3 Kopien (oder jeweils 1 Kopie in beglaubigter Form):

1. Identitätsnachweis (Kopie Ausweis/Pass)
2. Tabellarischer Lebenslauf
3. Zeugnis über die Ärztliche Prüfung im Herkunftsland
4. Approbation im Herkunftsland
5. Approbation
6. ausführliche Weiterbildungszeugnisse seit der ärztlichen Prüfung
7. Leistungskataloge, z.B. OP-Katalog, Logbuch
8. gesetzliche Vorgaben der zuständigen Behörde im Herkunftsland für die Dauer/Inhalte der Facharztweiterbildung (vergleichbar der Weiterbildungsordnung)

**Nur bei vollständiger Vorlage der genannten Unterlagen ist Ihr Antrag prüffähig !**

<p><b>Originale zurück an Antragsteller/in am:</b></p> 
--