

ÄRZTEKAMMER HAMBURG  
Humboldtstraße 56 (Ärztehaus)  
22083 Hamburg

**WICHTIG:**  
Sollten Sie den Antrag persönlich abgeben,  
bitten wir unbedingt um vorherige telefonische  
Terminvereinbarung  
Tel.: 22 80 2 - 414 / - 417 / - 468 / - 492  
**Besucheradresse:**  
Heinrich-Hertz-Straße 125 III, 22083 Hamburg

## Antrag auf Zulassung zur Prüfung

im/für die \_\_\_\_\_ \*

gemäß WBO vom \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Staatsexamen: \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_

Approbation: \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_

Promotion: \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_

Mitglied der Ärztekammer Hamburg seit: \_\_\_\_\_

- Nur für Ausländer:
1. Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 Bundesärzteordnung ist für die gesamte Dauer der Weiterbildungszeit lückenlos zu belegen (Anlagen beifügen)
  2. Genehmigung zur Führung akademischer Grade ausländischer Hochschulen (Anlage beifügen).

Datum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Beizufügen sind zweifach:** Beglaubigte Abschriften bzw. Fotokopien:  
Sämtliche Zeugnisse zum Nachweis der Weiterbildung

Das **letzte Zeugnis** zur Weiterbildung im beantragte(n) Gebiet / Schwerpunkt / Bereich bzw. für die Spezielle Weiterbildung / Fachkunde muß eine Stellungnahme über die fachliche Eignung enthalten. **Sämtliche Weiterbildungszeugnisse** müssen detaillierte Angaben über die in der Weiterbildungsordnung geforderten und in der betreffenden Weiterbildungszeit im einzelnen vermittelten und erworbenen „**eingehenden Kenntnisse und Erfahrungen**“ sowie „**Kenntnisse**“ enthalten.

Bei operativen Fächern ist die Vorlage einer **Operationsaufstellung** der selbständig durchgeführten Eingriffe erforderlich. Die Übereinstimmung mit dem Operationsjournal muß expressis verbis vom Chefarzt mit Originalunterschrift bestätigt werden. Die Aufschlüsselung muß entsprechend der **Gruppeneinteilung** in den „Richtzahlen zu den Weiterbildungsinhalten“ vorgenommen werden.

\* z.B. im Gebiet Allgemeinmedizin, Innere Medizin, im Schwerpunkt Gefäßchirurgie, für die Spezielle Weiterbildung „Klinische Geriatrie“, für die Fachkunde „.....“ etc.



**Eignungsvermerk:**

---

**Beurteilung der eingereichten Zeugnisse**

Weiterbildung ausreichend nachgewiesen: ja - nein

Begründung der Ablehnung:

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Fachbeisitzerin/-sitzers)

---

**Beurteilung der eingereichten Zeugnisse**

Weiterbildung ausreichend nachgewiesen: ja - nein

Begründung der Ablehnung:

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Fachbeisitzerin/-sitzers)

---

**Beschluß des Zulassungsausschusses**

Zur Prüfung zugelassen - Zur Prüfung nicht zugelassen

Begründung der Ablehnung:

\_\_\_\_\_  
(Datum)

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

---

**Beschluß des Weiterbildungsausschusses**

Dem Antrag wird - nicht - stattgegeben

Begründung der Ablehnung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Datum)

(Unterschrift)