



Antrag auf Anerkennung einer innerhalb der Europäischen Union erworbenen Facharztbezeichnung gemäß EU-Richtlinie 2005/36/EG

Facharztbezeichnung
Bitte die angestrebte Facharztbezeichnung angeben

Antragsteller		
Name	Vorname	Titel
Geburtsdatum	Geburtsort	
Staatsangehörigkeit		
Privatanschrift		
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Fax	Email
Dienstanschrift		
Name der Institution/Praxis		
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Fax	Email

Deutsche Approbation		
erteilt am	ausstellende Behörde	
Berufserlaubnis gemäß § 10 BÄO		
gültig von	gültig bis	ausstellende Behörde

Angaben zu dem in einem EU-Mitgliedsstaat erworbenen Facharzt-Titels	
Facharzt-Titel	
erworben am	ausstellende Behörde
Ausstellungsdatum	Land

Hiermit erkläre ich, dass

- alle von mir übermittelten Angaben der Wahrheit entsprechen,
- ich bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung dieser Facharztbezeichnung gestellt habe,
- in keinem Fall ein Antrag von mir auf Anerkennung abgewiesen worden ist oder noch ein Widerspruchsverfahren läuft.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Lebenslauf
- Amtlich beglaubigte Kopie der Facharzturkunde und Übersetzung¹
- Amtlich beglaubigte Kopie der Bescheinigung der zuständigen Behörde über den Facharztabschluss gemäß Richtlinie 2005/36/EG (Anhang V) – Konformitätsbescheinigung – und Übersetzung¹

Für die Bearbeitung des Antrages und Ausstellung der Urkunde wird eine Gebühr von 100 € erhoben. Die Gebühr wird nach Antragsabgabe in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Die Übersetzungen sind von einem für Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Dolmetscher oder Übersetzer anzufertigen.