



**Antrag zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
(nach Übergangsbestimmungen)**

Weiterbildungsordnung vom: **26.10.2005**

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift:

Telefon:

Dienstanschrift:

Telefon:

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:	(nur für LÄK)
– Nachweis Fachkunde Rettungsdienst der Landesärztekammer Brandenburg oder eine gleichwertige Qualifikation einer anderen Landesärztekammer	<input type="checkbox"/>
– Nachweis über den regelmäßigen Einsatz im Notarztdienst innerhalb der letzten 3 Jahre*	<input type="checkbox"/>
– schriftliche Bestätigung vom zuständigen Leiter Rettungsdienst nach Zuarbeit vom Leitenden Notarzt über Ihre Qualifikation entsprechend den Anforderungen der Weiterbildungsordnung	<input type="checkbox"/>

* In dem Nachweis muss durch den leitenden Notarzt bestätigt sein, dass der Antragsteller innerhalb der letzten drei Jahre monatlich in den Dienstplänen vertreten war und Dienst geleistet hat.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift

Ergebnis der Prüfung:	
Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin:	<input type="checkbox"/>
Anerkennung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin nicht möglich:	<input type="checkbox"/>
Auflagen:	
erneute Prüfung der Unterlagen möglich am: <input type="text"/>	
Unterschriften:	
Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses:	
Kammermitglied und Mitglied des Weiterbildungsausschusses:	
Ort, Datum:	