

# BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Ärztliches Qualitätsmanagement gem. WbO 2006

zum Facharzt/zur Fachärztin		
im Schwerpunkt		
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Privatanschrift:		
Dienstanschrift:		
Staatsangehörigkeit:		
Berufserlaubnis am:	Ort:	
Approbation am:	Ort:	
Promotion am:	Ort:	
Folgende Anerkennung(en) wurde(n) mir bisher durch eine Ärztekammer erteilt (bitte Angabe mit Erteilungsdatum):  _____		
Telefon: Klinik:	Privat:	Telefax:
e-Mail:		
<b>Hiermit erkläre ich, dass</b> - ich z. Zt. bei keiner anderen Ärztekammer im Bundesgebiet einen Antrag auf Anerkennung gestellt habe, - in keinem Fall ein Antrag von mir auf Anerkennung, wegen Nichtbestehens der Prüfung bzw. Nichterfüllung der Voraussetzungen, abgewiesen worden ist oder noch ein Berufungsverfahren hinsichtlich einer Anerkennung läuft: - falls doch, nähere Angaben als Anlage beifügen  - Ich bestätige, dass die in meinen Zeugnissen aufgeführten Weiterbildungszeiten nicht durch Krankheit oder sonstige Umstände (ausgenommen der tarifliche Jahresurlaub) unterbrochen waren. - Meine Weiterbildung wurde unterbrochen:  von: _____ bis: _____ durch: _____		
Ort/Datum: _____	Unterschrift: _____	

# BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

## Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung **Ärztliches Qualitätsmanagement** umfasst die Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der medizinischen Versorgung.

**Anerkennung als Facharzt für** \_\_\_\_\_

**wurde am:** \_\_\_\_\_

**durch die Ärztekammer:** \_\_\_\_\_

**erteilt.**

**Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 200 Stunden in Ärztlichem Qualitätsmanagement**

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **wo:** \_\_\_\_\_