

# BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Rehabilitationswesen 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 Rehabilitationswesen

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Einleitung und Koordination von Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen und sozialen (Wieder-)Ein-gliederung im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit.

#### Anerkennung als Facharzt für

wurde am:

durch die Ärztekammer:

erteilt.

#### 12-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiter- bildungsstätte im Bereich Rehabilitationswesen oder im Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin

von:                      bis:                      Krankenhaus/Praxis:

von:                      bis:                      Krankenhaus/Praxis:

#### Teilnahme an einem anerkannten Grundkurs von 160 Stunden in Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

#### Teilnahme an einem anerkannten Aufbaukurs von 160 Stunden in Rehabilitationswesen

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo:

von:                      bis:                      wo: