

# BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

## Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Suchtmedizinische Grundversorgung 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: _____	

## Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung umfasst in Ergänzung zu einer Facharzt-kompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheitsbildern im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht stoffgebundener Suchterkrankungen.

Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 50 Stunden in Suchtmedizinischer Grundversorgung

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

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

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

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