

BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

Antrag auf Anerkennung und Zulassung zum Fachgespräch im Bereich Tropenmedizin 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:		
Hiermit erkläre ich, dass - 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 Tropenmedizin

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Epidemiologie, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, die mit den besonderen Lebensumständen, Krankheitserregern und Umweltbedingungen in tropischen, subtropischen und Ländern mit besonderer klimatischer oder gesundheitlicher Belastung verbunden sind.

Anerkennung als Facharzt für

wurde am:

durch die Ärztekammer:

erteilt.

12-Monate tropenmedizinische Tätigkeit in der Patientenversorgung einer medizinischen Einrichtung in den Tropen oder Subtropen

von: bis: Ort:

von: bis: Ort:

Teilnahme an einem anerkannten Kurs von 3 Monaten in Tropenmedizin und Medizinische Parasitologie

von: bis: wo: