

# BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt

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

### Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte

#### Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung von okkulten und manifesten Thromboembolien und Blutungsstörungen bei vererbten und erworbenen Hämostasestörungen.

**Anerkennung im Gebiet:**  Chirurgie oder  
 Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder  
 Anästhesiologie oder  
 Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder  
 Kinder- und Jugendmedizin oder  
 Laboratoriumsmedizin oder  
 Neurologie oder  
 Transfusionsmedizin.

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

**durch die Ärztekammer:** \_\_\_\_\_

**erteilt.**

#### 12-monatige Weiterbildung unter der verantwortlichen Leitung eines befugten Arztes an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte im Bereich Hämostaseologie

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **Krankenhaus/Praxis:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **Krankenhaus/Praxis:** \_\_\_\_\_

#### Von diesen 12 Monaten können 6 Monate während der Weiterbildung in

- Innere Medizin oder
- Innere Medizin und Angiologie oder
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Kinder-Hämatologie und –Onkologie oder
- Transfusionsmedizin

**bei einem Weiterbildungsbefugten für Hämostaseologie abgeleistet werden**

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **Krankenhaus/Praxis:** \_\_\_\_\_