



Antrag auf Anerkennung

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag

Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung

Andrologie

Gemäß folgender Weiterbildungsordnung: WBO 2006 **oder** WBO 2022

Tätigkeiten im Ausland sowie unter Berufserlaubnis können auf diesem Wege nicht anerkannt werden.
Hierzu stellen Sie **vorab** einen gesonderten Antrag.

2. Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsdatum: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Vorname: _____ Geburtsort/Land: _____

Akad. Grad(e): _____ Staatsangehörigkeit: _____

Datum Promotion: [] [] . [] [] . [] [] [] [] Ort: _____

Datum Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

Datum zahnärztliche Approbation: [] [] . [] [] . [] [] [] []

3. Anschrift und Kontakt

Dienstanschrift

Dienststelle: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____

Antrag auf Anerkennung



Vorname: _____

Nachname: _____

| 4. Bisher erworbene Bezeichnungen | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| Facharzt/Zusatzbezeichnung/Fachkunde | Datum der Anerkennung | Ausstellende Kammer | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | _____ |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | _____ |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | _____ |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | _____ |
| | | | | | | | | | | | | | | |

5. Erklärung zur Weiterbildung

Ich erkläre und bestätige, dass....

... ich einen Antrag auf Anerkennung bereits bei einer anderen Ärztekammer gestellt habe. Ja Nein

wenn „ja“ bei der Ärztekammer: _____ (Bitte Bescheid beifügen.)

...eine Zweitmitgliedschaft bei der Ärztekammer _____ besteht. Ja Nein

...die in meinen Zeugnissen und Nachweisen aufgeführten Weiterbildungszeiten,
außer dem üblichen Urlaub nicht unterbrochen worden sind. Ja Nein

Falls "Nein"

Meine Weiterbildung wurde wegen _____ unterbrochen.

(z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Krankheit, ohne ärztliche Tätigkeit)

Zeiträume der Unterbrechungen:

von:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 bis:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Grund: _____

von:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 bis:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Grund: _____

von:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 bis:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 .

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Grund: _____

Spezieller Teil zur Beantragung der Zusatzbezeichnung Andrologie



Vorname: _____

Nachname: _____

| Zusatz-Weiterbildung Andrologie Auszug WBO 2022 | |
|---|--|
| Definition | Die Zusatz-Weiterbildung Andrologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von männlichen Fertilitätsstörungen einschließlich partnerschaftlicher Störungen und männlicher Kontrazeption, der erektilen Dysfunktion einschließlich Libido-, Ejakulations- und Kohabitationsstörungen, des primären und sekundären Hypogonadismus, der Gynäkomastie, der Pubertastarda sowie der Seneszenz des Mannes. |
| Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO | <ul style="list-style-type: none"> Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Urologie <u>und zusätzlich</u> 12 Monate Andrologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten |

| Facharztanerkennung in einem der geforderten Gebiete | | | | | | | |
|--|--|---------------------|---|--|---|--|-------|
| Facharzt | Datum der Anerkennung | Ausstellende Kammer | | | | | |
| _____ | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> | | . | | . | | _____ |
| | . | | . | | | | |

| Weiterbildungszeit | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|------|---|---|-------------------|-------------|--|---|--|---|--|-------|-------|-------|--|--|
| | Zeitraum | Land | Weiterbildungsstätte, (Krankenhaus, Institut, Praxis, etc.) | Abteilung und Name des befugten Arztes / der befugten Ärzte | Art der Tätigkeit | Arbeitszeit | | | | | | | | | | |
| 1 | von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> | | . | | . | | | . | | . | | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ % |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> | | . | | . | | | . | | . | | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ % |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> | | . | | . | | | . | | . | | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ % |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | von <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> bis <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;">.</td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table> | | . | | . | | | . | | . | | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ass. Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Leitender OA <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ h/Woche _____ % |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |
| | . | | . | | | | | | | | | | | | | |

Bitte beachten Sie, dass die ausgeführten Tätigkeiten nur berücksichtigt werden, wenn sie durch entsprechende Nachweise siehe Checkliste belegt sind. Bitte legen Sie die betreffenden Zeugnisse in beglaubigter Kopie vor, sämtliche Zeugnisse und Nachweise verbleiben bei der Bezirksärztekammer Pfalz.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der o. a. Angaben, dass ich die beigefügte Information zum Datenschutz der Abteilung Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und mit der personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.

Datum:

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | . | | . | |
|--|---|--|---|--|

Ort _____

Unterschrift _____

Anlage II zum Antragsformular auf Anerkennung einer Bezeichnung

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß den Artikeln 13 und 14 der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Bezirksärztekammer Pfalz zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

I. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrem Anliegen nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann jedoch unter Umständen eine Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich insbesondere aus § 3 Abs. 3 Nr. 4 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz. Nach § 3 Abs. 2 Nr. 7 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz ist es u.a. Aufgabe der Ärztekammer, die Weiterbildung nach Maßgabe dieses Gesetzes zu regeln sowie fachliche Qualifikationen zu bescheinigen.

Ebenfalls hat die Kammer die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen.

II. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können die zuständigen Beschäftigten der Abteilung Weiterbildung der Bezirksärztekammer Pfalz sein. Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich Ihres Anliegens. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Fachbegutachter).

III. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange und in dem Umfang auf, wie dies erforderlich oder gesetzlich vorgesehen ist.

IV. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung zu. Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist.

Anlage II zum Antragsformular auf Anerkennung einer Bezeichnung

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

- 2. Seite -

V. KONTAKTDATEN DES VERANTWORTLICHEN

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Name: Bezirksärztekammer Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift: Maximilianstr. 22, 67433 Neustadt/Weinstraße
Tel.: 06321/9284-0
Fax.: 06321/9284-60
E-Mail: info@aek-pfalz.de

Homepage: <http://www.aek-pfalz.de>

Datenschutzbeauftragter der Bezirksärztekammer Pfalz:

Name: Herr Berthold Geiger

Anschrift: Friedrichstraße 9, 69469 Weinheim
Tel.: 06201 2559688
E-Mail: bertholdgeiger@t-online.de

VI. ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE FÜR DIE BEZIRKSÄRZTEKAMMER PFALZ:

Name: Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Rheinland-Pfalz

Anschrift: Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

Tel.: 06131/892-0

Fax.: 06131/892-299