Nachweis über die ärztliche Weiterbildung

[Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen und von Ihrer Weiterbildungsstätte unterzeichnen lassen]

Weiterbildungsassistentin / Weiterbildungsassistent

Titel, Vorname Nachname

Geburtsdatum **Geburtsort**

Weiterbildungsstätte

Name und Anschrift der Weiterbildungsstätte (z.B. Krankenhaus, Praxis)

Aufnahme der ärztlichen Weiterbildung

Nur einmalig auszufüllen bei erstmaliger Aufnahme der ärztlichen Weiterbildung (nicht bei einem Wechsel der Weiterbildungsstätte)

Die ärztliche Weiterbildung wurde erstmalig begonnen am:

Datum

Absolvieren der ärztlichen Weiterbildung

Die o.g. Weiterbildungsassistentin / der o.g. Weiterbildungsassistent hat in der o.g. Weiterbildungseinrichtung Teile der ärztlichen Weiterbildung absolviert

im Kalenderjahr:

Jahr

Die Angabe des Kalenderjahres reicht aus, auch wenn die Weiterbildung bzw. der Weiterbildungsabschnitt nicht ganzjährig stattgefunden hat. Ein exakter Zeitraum muss nicht angegeben werden. Bei Wechsel der Weiterbildungsstätte innerhalb des Kalenderjahres reicht der Nachweis einer Weiterbildungsstätte aus.

Angestrebte Facharztbezeichnung

Die o.g. Weiterbildungsassistentin / der o.g. Weiterbildungsassistent strebt die nachfolgende Facharztbezeichnung an

☐ **Allgemeinmedizin**

☐ **Innere Medizin (ohne Schwerpunktbezeichnung)**

☐ **Kinder- und Jugendmedizin**

Bestätigung der Angaben

Die Richtigkeit der Angaben wird versichert.

Stempel

Datum

Unterschrift weiterbildungsbefugte Ärztin/weiterbildungsbefugter Arzt oder Mitarbeiter/in Personalabteilung des Krankenhauses

Bitte reichen Sie das ausgefüllte Formular über MEMO NRW (www.memo.nrw) ein