

## Antrag auf Anerkennung

nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“  
(WBO-ÖGW) vom 13. Dezember 1979 i.d.F. vom 22. Juli 2014 (GVBI S.286)

Name		
Vorname		
Privatanschrift		
Bundesland		
Derzeitige Dienst- oder Arbeitsstelle		
Bundesland		
Geburtsdatum und Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		
Approbation als Arzt/Ärztin	Datum	Ausstellende Behörde
<p><b>Nur für Ausländer:</b> Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 Bundesärzteordnung ist für die gesamte Dauer der Weiterbildungszeit lückenlos zu belegen (Anlagen beifügen).</p>		
Promotion zum Dr. med.	Datum	Ort
Andere akademische Grade	Datum	Ort
Anerkennung als Facharzt	Datum	Ort
Amtsarztlehrgang	von	bis
	von	bis
Amtsarztprüfung	Datum	Ort
<p>Bei welchem Ärztlichen Kreisverband in Bayern sind Sie gemeldet?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Ärztliche Tätigkeit (mindestens 5 Jahre, davon 2 ½ Jahre im Öffentlichen Gesundheitswesen) in zeitlicher Reihenfolge. Die derzeitige ärztliche Tätigkeit ist ebenfalls anzugeben. Aus den Nachweisen muss ersichtlich sein, mit wie viel vom Hundert der regelmäßig wöchentlichen Arbeitszeit Sie ärztlich tätig waren.

Nr.	von	bis	Dienst- oder Arbeitsstelle	Name des leitenden Arztes oder Dienststellenleiters	Art der Tätigkeit	Vollzeit/ oder Teilzeit in Prozent

Ort, Datum	Unterschrift
.....	.....

Anlagen: Originale oder amtlich beglaubigte Abschriften bzw. beglaubigte Fotokopien der Urkunden oder Zeugnisse über

- 1. Geburts- bzw. Heiratsurkunde
- 2. Approbation als Arzt/Ärztin oder Berufserlaubnis nach § 10 BÄO
- 3. Promotion zum Dr. med. und / oder andere akademische Grade
- 4. Facharztanerkennung (falls vorhanden)
- 5. Teilnahme am Amtsarztlehrgang
- 6. Amtsarztprüfung
- 7. die o.a. ärztliche Tätigkeit (inklusive derzeitige ärztliche Tätigkeit)
- 8. Wehrdienstzeitbescheinigung (nur für Bundeswehr)
- 9. Aktuelle Meldebescheinigung des ärztlichen Kreisverbands in Bayern
- 10. Meldebescheinigung über den Hauptwohnsitz (nur sofern derzeit keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird)

Den vollständig ausgefüllten Antrag samt Anlagen senden Sie bitte an das Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Postfach 80 02 09, 81602 München. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an [ogd@stmgp.bayern.de](mailto:ogd@stmgp.bayern.de).