



Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Angestrebter Facharztabschluss | Facharztprüfung (geschätzt) im MM.JJJJ | Facharztprüfung nach folgender Weiterbildungsordnung |
|---------------|--------------|-----------------------------------|---|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Alte WBO (2005) <input type="checkbox"/> Neue WBO (2020) |

| Ärztliche Tätigkeiten nach der Approbation Angabe der Klinik / Praxis (inkl. Adresse), bei Auslandstätigkeiten das Land benennen | Verantwortlicher Weiterbilder | Beginn (xx.xx.xxxx) | Ende (xx.xx.xxxx) | Beschäftigungsumfang (Prozent/wöchentl. Arbeitszeit in Stunden) | Fachgebiet, in der der Weiterbildungsabschnitt abgeleistet wurde |
|--|----------------------------------|------------------------|----------------------|---|--|
| Bitte nennen Sie hier alle absolvierten weiterbil- dungsrelevanten Zeiten seit der Approbation. | | | | | |
| 1. | | | | / | |
| 2. | | | | / | |
| 3. | | | | / | |
| 4. | | | | / | |
| 5. | | | | / | |
| 6. | | | | / | |
| 7. | | | | / | |
| 8. | | | | / | |
| 9. | | | | / | |

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit von der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung bestätigt.
Die antragsstellende Praxis/das antragsstellende MVZ nimmt die Angaben mit Unterschrift zur Kenntnis.

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)

Unterschrift des antragsstellenden Praxisinhabers/Geschäftsführers

Bitte geben Sie im Folgenden alle Unterbrechungen taggenau an, die während der Weiterbildung aufgetreten sind:

| Grund der Unterbrechung (bspw. Krankheit, Beschäftigungsverbot, Elternzeit etc.) | Beginn (xx.xx.xxxx) | Ende (xx.xx.xxxx) |
|--|---------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Angaben zur Praxis/ zum MVZ, die/ das die Genehmigung zur Beschäftigung und finanziellen Förderung beantragt:

Name des Praxisinhabers/

Weiterbildungsbefugten: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)

Unterschrift des Praxisinhabers/Geschäftsführers