



Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Name, Vorname	Geburtsdatum	Datum der Approbation	Facharztprüfung geplant für: (ggf. grobe Schätzung)

Tätigkeiten nach der Approbation Angabe der Klinik / Praxis oder nichtärztlichen Tätigkeit	Beginn	Ende	Vollzeit/ Teilzeit in %	Fachgebiet
Unterbrechung wie bspw. Elternzeit, längere Krankheit, Urlaub, Arbeitslosigkeit bitte aufführen, um einen <u>lückenlosen</u> Plan zu erstellen.				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)

Version: 01.03.2019