



Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Name, Vorname	Geburtsdatum	Datum der Approbation	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 oder nichtärztlichen Tätigkeit	Beginn	Ende	Stunden pro Woche	Fachgebiet
Bitte nennen Sie hier alle absolvierten weiterbildungsrelevanten Zeiten seit der Approbation. Dazu gehören auch anrechnungsfähige Unterbrechungen der Weiterbildung wie Mutterschutz, Elternzeit und längere Krankheit.				
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)