



## Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Name, Vorname	Geburtsdatum	Angestrebter Facharztabschluss	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 weiterbildungsrelevanten Zeiten seit der Approbation.					
1.				/	
2.				/	
3.				/	
4.				/	
5.				/	
6.				/	
7.				/	
8.				/	
9.				/	

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 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