



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 (GVBl S. 286)

Persönliche Angaben:

* Angabe freiwillig

Nachname	ggf. Geburtsname in Klammer		
Vorname(n)	Bei mehreren Vornamen: Rufname bitte unterstreichen		
Hauptwohnsitz	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort
abweichende Zustellungsadresse für die Anerkennungsurkunde*	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort
Erreichbarkeit für Rückfragen*	E-Mail		Telefon
Derzeitige Dienst- oder Arbeitsstelle	Behörden-/Einrichtungsname		
	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort
Geburtsort, Geburtsdatum	Ort		Datum
Approbation als Ärztin/Arzt	Datum		Ausstellende Institution
Promotion zu *	Datum		Ausstellende Institution
	Datum		Ausstellende Institution
ggf. weitere akademische Grade, welche *	Datum		Ausstellende Institution
	Datum		Ausstellende Institution
ggf. weitere Facharztanerkennungen *	Datum		Ausstellende Institution
	Datum		Ausstellende Institution
Abschluss Amtsarztlehrgang	Datum		Ausstellende Institution

Einzureichende Nachweise ärztlicher Tätigkeit:(Rücksendung erfolgt nur bei Originalen)

Bitte weisen Sie uns nachfolgend die gem. § 3 Abs. 1 WBO-ÖGW geforderten Zeiten ärztlicher Tätigkeiten im Umfang von 5 Jahren, davon 2,5 Jahre im ÖGD, nach. Teilzeitbeschäftigung kann entsprechend anteilig geltend gemacht werden. Die Angaben müssen nicht lückenlos sein. Nicht anzurechnende berufliche Tätigkeiten oder Zeiten ohne Berufsausübung brauchen nicht ausgeführt zu werden.

Der vereinbarte und tatsächlich geleistete, **prozentuale Umfang der regelmäßigen, wöchentlichen Arbeitszeit** muss in den eingereichten Unterlagen jeweils rückwirkend ausgewiesen sein. Arbeitsverträge erfüllen diese Vorgabe in der Regel nicht.

Nr.	Dienst- oder Arbeitsstelle	Dauer des Beschäftigungsverhältnisses		Anrechenbar für Zeiten im ÖGD?		Umfang der wöchentlichen Arbeitszeiten	
		von	bis	ja	nein	Vollzeit	Teilzeit %
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Weitere antragsbegründende Unterlagen: (im Original bzw. als Kopien per Post)

Anzahl	Dokument
	Geburts-, Heirats- <u>oder</u> Abstammungsurkunde(n), aus welcher das Geburtsdatum, der Geburtsort sowie die derzeitige und ggf. frühere Namensführung ersichtlich sind
	Approbationsurkunde als Ärztin/Arzt
	Nachweis(e) der Promotion und ggf. weiterer akademischer Grade
	Nachweis(e) weiterer Facharztqualifikationen
	Bescheinigung über die Teilnahme am Amtsarztlehrgang
	Zeugnis des Amtsarztlehrgangs
	Nachweis der ärztl. Tätigkeit der <u>derzeitigen</u> Dienst- oder Arbeitsstelle mit Unterschrift der zuständigen Personalstelle (entfällt bei aktueller Tätigkeit in einer Behörde oder Stelle im Geschäftsbereich des StMGP) - längstens vier Wochen alt <u>Oder:</u> bei dauerhafter bzw. längerfristiger Aufgabe der ärztl. Tätigkeit, <u>dann:</u> Meldebescheinigung über Hauptwohnsitz
	Weitere Unterlagen:

- ☐ Ich versichere, dass ich bis zum Abschluss des laufenden Antragsverfahrens jegliche Änderungen des Ortes der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit unaufgefordert, unverzüglich und formlos anzeigen werde.
- ☐ Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen des Antragsverfahrens einverstanden.
- ☐ Einwilligung für die Weitergabe an die Bayerische Landesärztekammer:
Ich erkläre mich mit der Weitergabe eines Abdrucks der Urkunde über meine Facharztanerkennung durch das zuständige Referat des StMGP an die Bayerische Landesärztekammer einverstanden.

Ihre Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und Sie haben das Recht diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung darf eine Weitergabe nicht mehr erfolgen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.
(Hierdurch kann auf eine Meldung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Bayerischen Landesärztekammer verzichtet werden. Sollte kein Einverständnis bestehen, weisen wir auf eine ggf. eigenständige Meldung beim zuständigen Kreis-/Bezirksverband hin.)

Datenschutzhinweis (nur für Angehörige von Behörden und Stellen im Geschäftsbereich des StMGP):

Das zur Antragsbearbeitung zuständige Referat im StMGP, darf die zur Antragsbearbeitung erforderlichen Angaben zur Dauer und Umfang meines Beschäftigungsverhältnisses bei meiner personalführenden Stelle einholen und weiterverarbeiten.

Kosten:

Für die Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird eine Gebühr von € 60.- erhoben (Art. 1, 2 und 6 Abs.1 und Art. 8 des Kostengesetzes).

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bearbeitende Stelle:

Die restlichen Anlagen senden Sie bitte an:

**Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention
Referat 71 „Grundsatzangelegenheiten der Abteilung “
Postfach 80 02 09
81602 München**

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an Facharzt-OEGW@stmgp.bayern.de

Allgemeiner Datenschutzhinweis: Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind unter folgendem Link abrufbar: <https://www.stmgp.bayern.de/datenschutz/>