

Name KandidatIn:

An die Landesärztekammer für

(Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren.)

Zeitbestätigung* zur Zulassung zur Facharztprüfung

Es wird bestätigt, dass

Vor- und Zuname:

Ä

Tätigkeit als in Ausbildung zum Facharzt für das Sonderfach Geburtshelfer Geburtsdatum:

Ä

seit _____ an der Abt. _____

des Krankenhauses / Lehrambulatoriums / Lehrpraxis

bitte ankreuzen:

in Ausbildung zum Facharzt für das Sonderfach

Ä

Ä

von _____	bis _____	auf einer genehmigten Ausbildungsstelle
von _____	bis _____	auf einer genehmigten Ausbildungsstelle
von _____	bis _____	auf einer genehmigten Ausbildungsstelle

in Ausbildung im Pflichtneben- oder Wahlnebenfach zum Sonderfach

von _____	bis _____
von _____	bis _____
von _____	bis _____

tätig ist.

Datum

Unterschrift und Stempel
des/der Ausbildungsverantwortlichen**
bzw. der Ausbildungsstätte

* Diese Zeitbestätigung dient ausschließlich als Nachweis für die Zulassung zur Facharztprüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an welcher der Kandidat **zum Zeitpunkt der Antragstellung** zur Zulassung **aktuell tätig** ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz.

** Leiter der Abteilung der Krankenanstalt oder Lehrpraxisinhaber