

Bitte eigenen Briefkopf der Klinik/Praxis verwenden

Weiterbildungszeugnis nach der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom  
24.04.2004 in Verbindung mit dem ausgefüllten Dokumentationsbogen

für

, (Titel, Vorname, Name) geboren am in

(Titel, Vorname, Name) war vom (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr)  
unter meiner Anleitung ganztägig und hauptberuflich (bzw. Umfang der Tätigkeit bei Teilzeit)  
in der (Name der Klinik / Praxis) tätig.

Die Weiterbildung von (Titel, Vorname, Name) wurde nicht unterbrochen.

(oder)

Die Weiterbildung von (Titel, Vorname, Name) wurde im Zeitraum vom  
(Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr) wegen (z.B. Arbeitsunfähigkeit,  
Mutterschutz, Elternzeit, Sonderbeurlaubung, Wehrdienst, überwiegende wissenschaftliche  
Tätigkeit usw.; Tariflicher und gesetzlicher sowie sonstiger arbeitsrechtlicher  
Erholungsurlaub bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr ist keine Unterbrechung) unterbrochen.

(Titel, Vorname, Name) nahm im o. g. Zeitraum am Nacht- und Bereitschaftsdienst im  
(Name der Klinik) teil. (wenn nicht zutreffend bitte streichen)

Die geforderte Weiterbildung in der Intensivmedizin wurde vom (Tag/Monat/Jahr) bis  
(Tag/Monat/Jahr) in der (Name der Klinik) ganztägig unter Anleitung von  
(Name des Weiterbilders) abgeleistet. (wenn nicht zutreffend bitte streichen)

Die geforderte Weiterbildung in der Notfallaufnahme wurde vom (Tag/Monat/Jahr) bis  
(Tag/Monat/Jahr) ganztägig unter Anleitung von (Name des  
Weiterbilders) abgeleistet. (wenn nicht zutreffend bitte streichen)

Hinsichtlich der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie der erbrachten  
Leistungen in den geforderten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird auf den  
beiliegenden Dokumentationsbogen verwiesen.

(persönliche Anmerkungen, weitere Kenntnisse Erfahrungen und Fertigkeiten, Teilnahme an Fortbildungskongressen, Unterricht an Krankenpflegeschulen usw.)

Ich halte (Titel, Vorname, Name) uneingeschränkt geeignet, die Bezeichnung (Facharzt für ...) zu führen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel (bei gemeinsam erteilten Weiterbildungsbefugnissen aller zur Weiterbildung befugten Ärzte)