

# 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:

\* Angaben freiwillig

|   |  |                          |     |
|---|--|--------------------------|-----|
| Name, ggf. Geburtsname  |  |                          |     |
| Vorname(n)  | Bei mehreren Vornamen bitte Rufname unterstreichen |                          |     |
| Hauptwohnsitz   | Straße, Haus-Nr.                                   | PLZ                      | Ort |
| davon abweichende<br>Zustelladresse für die<br>Anerkennungsurkunde* | Straße, Haus-Nr.                                   | PLZ                      | Ort |
| Erreichbarkeit für Rückfragen*                                      | E-Mail   | Telefon                  |     |
| derzeitige Dienst- oder<br>Arbeitsstelle                            | Name   |                          |     |
|   | Straße, Haus-Nr.                                   | PLZ                      | Ort |
| Geburtsdatum, Geburtsort  | Datum  | Ort                      |     |
| Approbation als Ärztin/Arzt   | Datum  | Ausstellende Institution |     |
| Promotion zu*<br>_____  | Datum  | Ausstellende Institution |     |
| ggf. weitere akademische<br>Grade, welche*<br>_____                 | Datum  | Ausstellende Institution |     |
| ggf. weitere<br>Facharztanerkennungen*<br>_____                     | Datum  | Ausstellende Institution |     |
| Abschluss Amtsarztlehrgang  | Datum  | Ausstellende Institution |     |

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Einzureichende Nachweise ärztliche Tätigkeiten:

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.

Eine Rücksendung erfolgt nur bei Originalen. Bitte beachten Sie, dass bei Vorlage von Kopien der entsprechende behördliche Beglaubigungsvermerk mit Datum, Unterschrift und Dienstsiegel versehen ist. Besteht die Ablichtung aus mehreren Einzelblättern, muss nachgewiesen sein, dass jede Seite von derselben Urkunde stammt.

Eine Rücksendung erfolgt nur bei Originalen.

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

## Weitere antragsbegründende Unterlagen:

| Anzahl | Dokument   |
|--------|--|
|        | Geburts-, Heirats- oder Abstammungsurkunde(n), aus welcher die derzeitige und ggf. frühere Namensführung ersichtlich ist   |
|        | Approbationsurkunde als Ärztin/Arzt  |
|        | Nachweis(e) akademische Grade  |
|        | Nachweis(e) Facharztqualifikationen  |
|        | Bescheinigung Teilnahme Amtsarztlehrgang   |
|        | Zeugnis Amtsarztlehrgang   |
|        | Nachweis der ärztl. Tätigkeit der derzeitigen 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<br><b>Oder:</b> bei dauerhafter bzw. längerfristiger Aufgabe der ärztl. Tätigkeit, <b>dann:</b> Meldebescheinigung über Hauptwohnsitz |
|        |  |

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich bis zum Abschluss des laufenden Antragsverfahrens jegliche Änderungen des Ortes der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit unverzüglich formlos anzuzeigen habe.

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
| _____      | _____        |

- Datenschutzerklärung für Angehörige von Behörden des Freistaat Bayern:  
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Sachbearbeiterin des StMGP bei meiner personalführenden Stelle Angaben zur Dauer und Umfang meines Beschäftigungsverhältnisses abfragen darf.

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
| _____      | _____        |

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
| _____      | _____        |

**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)

Den vollständig ausgefüllten Antrag incl. Anlagen senden sie bitte an:

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

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an [oeqd@stmgp.bayern.de](mailto:oeqd@stmgp.bayern.de)