

Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung

gemäß § 16 der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte vom 15.06.2020

im Gebiet/Schwerpunkt/Bereich: _____

Antragstellerin/Antragsteller:

Name: _____ Vorname: _____

Privatanschrift:

Telefon priv.: _____ E-Mail priv.: _____

Aktueller Tätigkeitsort:

Telefon dienstl.: _____ E-Mail dienstl.: _____

Hiermit bitte ich um Zulassung zur Wiederholungsprüfung. Anlässlich meiner nicht bestandenen Prüfung am _____ wurde mir vom Prüfungsausschuss eine Auflage erteilt, die ich wie folgt erfüllt habe:

- Ergänzende Weiterbildung über einen Zeitraum von ____ Monaten (Weiterbildungszeugnis im Original oder in beglaubigter Kopie beifügen)
- Ergänzender Wissenserwerb anhand folgender Quellen: Literatur (Auflistung), Kurse (Nachweise im Original bzw. beglaubigter Kopie beifügen)

- Sonstiges

Datum: _____ Unterschrift: _____