

# LANDESÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Fortbildung und Qualitätssicherung



## Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikats der Landesärztekammer Baden-Württemberg

nach der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 18.01.2018  
(ÄBW 2018, S. 78)

Bitte mit Fortbildungsbelegen schicken an:

Landesärztekammer Baden-Württemberg  
Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung  
Jahnstr. 40  
70597 Stuttgart

### Persönliche Angaben - Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Summe der Fortbildungspunkte: \_\_\_\_\_

Bitte eintragen gemäß beigefügter Aufstellung der absolvierten Fortbildungsveranstaltungen!

Sofern Sie **Vertragsärztin/Vertragsarzt**, ermächtigte Ärztin/ermächtigter Arzt, angestellte Ärztin/angestellter Arzt eines medizinischen Versorgungszentrums, einer Vertragsärztin/eines Vertragsarztes oder einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2, Absatz 5 oder nach § 119b SGB V sind, können Sie Ihr Einverständnis erklären, dass der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg der Erwerb Ihres Fortbildungszertifikats mitgeteilt wird. Für die Datenübermittlung ist die Angabe Ihrer neunstelligen lebenslangen Arztnummer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (LANR) erforderlich.

Ich stimme einer Mitteilung über den Zertifikatserwerb an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg zu.  
- ggf. ankreuzen

Falls angekreuzt bitte LANR eintragen!									

### Hinweis:

Das Fortbildungszertifikat wird zum Datum des Antrageingangs bei der Landesärztekammer ausgestellt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_















