



Checkliste

Zertifikat Fach-Naturwissenschaftler für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie („Medizinischer Fachmikrobiologe“)

Antragsteller (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

Studium: _____ **Abschluss als:** _____

Antrags-Datum: _____

Bearbeitung durch: _____

A. Zeiten/Ausbildender

Ausbildungsstätte(n)

Name des betreuenden, weiterbildungsermächtigten
Facharztes für Medizinische Mikrobiologie,
Virologie und Infektionsepidemiologie

Gesamtzeit mindestens 48 Monate

Einzelne Zeiten oder Inhalte sind ausreichend genau aufgeführt Ja Nein

24 Monate oder 5000 Fälle in der medizinisch-bakteriologischen Diagnostik (Zeitraum, Ausbilder, Weiterbildungsermächtigung in Jahren)

3 Monate oder 500 Fälle in der medizinisch-mykologischen Diagnostik (Zeitraum, Ausbilder, Weiterbildungsermächtigung in Jahren)

3 Monate oder 500 Fälle in der medizinisch-parasitologischen Diagnostik (Zeitraum, Ausbilder, Weiterbildungsermächtigung in Jahren)

6 Monate oder 2000 Fälle in der serologischen Diagnostik (Zeitraum, Ausbilder, Weiterbildungsermächtigung in Jahren)

12 Monate oder 2000 Fälle in der molekularbiologischen Diagnostik und Typisierung (Zeitraum, Ausbilder, Weiterbildungsermächtigung in Jahren)

Alternative Anerkennungszeiten:

bestehende Anerkennung als „Fachvirologe/in“ der Gesellschaft für Virologie (GfV) bzw. „Fachparasitologe/in“ der Deutschen Gesellschaft für Parasitologie (12 Monate anrechenbar); Zertifikat beigelegt

6 Monate Weiterbildungszeit in erregerorientierter diagnostischer Tätigkeit in den Bereichen Veterinärmedizin, Umweltmedizin, Lebensmitteldiagnostik und Agrarwissenschaften (Zeitraum, Ausbilder)

Teil der Weiterbildungszeit im Ausland

(Wenn hier ein Kreuz gesetzt wird, müssen die Unterlagen zur weiteren Klärung weitergeleitet werden)

B. Check eingereichter Unterlagen und Ausbildungsinhalte

Logbuch bzw. detaillierte Zeugnisse mit allen Inhalten, Zeiten und Unterschrift vom jeweiligen Ausbilder liegen vor

beruflicher Lebenslauf

Nachweis oder Bestätigung der Weiterbildungsermächtigung des betreuenden Facharztes

Gesamtbewertung:

Datum:

Unterschrift: _____