

Name:

Anschrift:

.....

.....

USMLE/ECFMG-Identifikationsnummer:

BfArM
– Gesundheitsberufe –
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

Betr.: Bescheinigung zur Vorlage bei Behörden der USA

Hiermit versichere ich Folgendes:

Das BfArM hat mich darüber aufgeklärt, dass es mit der von mir beantragten Bescheinigung den Wunsch des Bundesministeriums für Gesundheit zum Ausdruck bringt, dass Ärzte aus der Bundesrepublik Deutschland sich in den USA weiterqualifizieren, und dass diese Bescheinigung keine Aussage zu den Beschäftigungsmöglichkeiten nach meiner Rückkehr aus den USA enthält.

Ich versichere, dass ich diese Bescheinigung ausschließlich zur Vorlage bei den zuständigen Behörden in den USA verwende.

Darüber hinaus versichere ich, dass ich beabsichtige, nach Abschluss meiner Weiterbildung in den USA in die Bundesrepublik Deutschland zurückkehren und im Fachgebiet.

...../.....

(dt.)

(engl.)

ärztlich tätig zu werden.

Ich verstehe, dass es in meiner Verantwortung liegt, über die Anforderungen der Zulassung zum Arztberuf und über die Anerkennungsanforderungen in Deutschland informiert zu sein.

Mir ist bekannt, dass die medizinische Fachausbildung, die ich in den Vereinigten Staaten erhalten werde, möglicherweise nicht den Spezifikationen der deutschen Anerkennungsstellen entspricht, und ich erkläre mich damit einverstanden, alle notwendigen Schritte zu unternehmen, um die Anforderungen der deutschen Anerkennungsanforderungen zu erfüllen.

Mir ist bekannt, dass der Erhalt einer Bedarfserklärung der Bundesbehörden keine Garantie für eine Beschäftigung darstellt, einschließlich einer Beschäftigung in der medizinischen Praxis in dem Fachgebiet, für das ich die Ausbildung erhalten werde.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)