arztregister@kvhh.de

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

WB-Befugnis vorhanden	lt. akt. Liste ÄKH
☐ Ja ☐ Nein	
WBA erfüllt Voraussetzung	MA Kürzel
☐ Ja ☐ Nein	

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

Antrag auf Förderung der fachärztlichen Weiterbildung

nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V in Verbindung mit der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung
(ausgenommen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:
https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html
Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Die Förderung der Weiterbildung wird für folgende Fachrichtung beantragt:

- ☐ Facharzt für Augenheilkunde
- ☐ Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- ☐ Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Name des Antragstellers
ggf. Titel, Vorname, Name / Medizinisches Versorgungszentrum

Name aller weiterbildenden Ärzte - ausweislich der Weiterbildungsbefugnis -
ggf. Titel, Vorname, Name

LANR des weiterbildenden Arztes, dem der Arzt in Weiterbildung federführend zugeordnet werden soll (bei kumulativ befugten Weiterbildern)

Betriebsstätten-Nr.

Name des Arztes in Weiterbildung
ggf. Titel, Vorname, Name

E-Mail der Praxis

Zeitraum des Weiterbildungsabschnitts:

Vom ☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐

Findet die Weiterbildung im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes statt?

☐ ja ☐ nein

Umfang der Beschäftigung:

☐ Ganztags (mindestens 40 Stunden): ☐ Stunden / Woche

☐ in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von (Stunden / Woche) ☐, dies entspricht _____ % einer Vollzeitbeschäftigung. Die Stundenzahl im Falle einer Vollzeitbeschäftigung würde _____ Stunden / Woche betragen.

Monatliche Vergütung

Hiermit beantrage ich für den o. g. Zeitraum einer finanziellen Förderung des o. g. Arztes in Weiterbildung.

Das monatliche Bruttoentgelt beträgt: ☐ Euro.

Hinweis: Das monatliche Bruttogehalt muss bei einer Vollzeittätigkeit mindestens 6.925,90 Euro betragen.

Genehmigung der Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung

Eine Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung wurde durch die KV Hamburg erteilt:

☐ Ja, für den Zeitraum vom ☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐

☐ Nein, der Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung ist vollständig beigefügt.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

☐ unterschriebener Arbeitsvertrag, aus dem das mit dem Arzt in Weiterbildung vereinbarte Bruttogehalt (bei Vollzeit mindestens 6.925,90 Euro brutto), die Dauer der Weiterbildungszeit beim Antrag steller sowie Name und Anschrift des Antragstellers und des Arztes in Weiterbildung hervorgehen

Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Richtlinie des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung auf Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ mit Wirkung zum 1. Juli 2016. Bitte beachten Sie, dass…

…erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine finanzielle Förderung erfolgen kann. Eine rückwirkende finanzielle Förderung ist nicht möglich.

…der Antrag mindestens vier Wochen vor Beginn der beabsichtigten Beschäftigung der Ärztin in Weiterbildung/des Arztes in Weiterbildung gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.

…die Leistungen, die die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Arztes gekennzeichnet werden.

…die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Arzt in Weiterbildung zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass eine Bewilligung erst erteilt werden kann, wenn der Antrag vollständig, mit allen erforderlichen Unterlagen, vorliegt. Die Bearbeitungszeit von 4 Wochen beginnt erst zu diesem Zeitpunkt. Eine rückwirkende Genehmigung ist **nicht** möglich.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort und Datum	Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben

Erklärung der weiterbildenden Praxis

- Wir bestätigen, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abgeführt werden.
- Wir bestätigen, dass wir, sofern wir den geförderten Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen der Weiterbildung beschäftigen, die Fördermittel an den KV Hamburg zurückzahlen.
- Wir bestätigen, dass wir jährlich bis zum 15.01. des auf die Förderung folgenden Jahres und nach Abschluss der Förderung der KV Hamburg einen Nachweis der monatlichen Gehaltszahlungen vorlegen.
- Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Beenden/Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KV Hamburg mitteilen.
- Uns ist bekannt, dass wir die KV Hamburg unverzüglich informieren, sollte sich die Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Hamburg ändern.
- Uns ist bekannt, dass die KV Hamburg nur Weiterbildungszeiten fördert, welche von der Ärztekammer Hamburg auf die Weiterbildung angerechnet werden.
- Uns ist bekannt, dass wir jeden Krankheitstag und die erhaltenen Leistungen nach dem Aufwendungsausgleichgesetz (AAG) des Arztes in Weiterbildung der KV Hamburg unverzüglich mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift aller zugelassenen Ärzte

Name in Druckbuchstaben

Erklärung des bei der weiterbildenden Praxis angestellten Arztes

- Mir ist bekannt, dass ich Änderungen betreffend der vertragsärztlichen Tätigkeit der KV Hamburg unverzüglich mitteilen werde.
- Mir ist bekannt, dass ich Änderungen betreffend meiner Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Hamburg der KV Hamburg unverzüglich mitteilen werde

Ort und Datum

Unterschrift angestellte/r weiterbildungsermächtigte/r Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung (Vertragsarzt weiterbildende Praxis und ggf. angestellter Weiterbilder)

Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einerseits und die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen und die vertragsärztliche Tätigkeit weiterer geförderter Facharztgruppen zu erhöhen.

Die sozialgesetzliche Regelung in § 75a SGB V bestimmt, dass folgende Partner weitere Regelungen treffen sollen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Diese haben einvernehmlich mit dem PKV-Verband sowie unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß §75a SGB V (Fördervereinbarung) mit weiteren Anlagen geschlossen. Die Fördervereinbarung selbst beschreibt die Grundsätze der gesamten Weiterbildungsförderung. Ihre Anlagen I und II beschreiben das Förderverfahren im vertragsärztlichen und im stationären Bereich. Die Anlage III der Fördervereinbarung beschreibt die Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung. Die Anlage IV beschreibt die Förderung von Kompetenzzentren Weiterbildung (KW).

Die Mittelverwendung ist den Kostenträgern, den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, bzw. ihren Vertretern, dem GKV-SV und dem PKV-Verband einerseits sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der für den Nachweis zu übermittelnde Datenumfang (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben worden und leitet sich aus der Fördervereinbarung ab.

Für die Datenverarbeitung und –nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg jederzeit widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen zwischen den im Folgenden genannten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden: die KBV führt die Daten zusammen und übermittelt diese im Rahmen der Jahresendabrechnung an den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband.
Nachfolgende Daten werden übermittelt:
a. Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders /der Weiterbilderin
b. Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs
c. Förderungsbeginn und -ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifende Förderung (ja/nein), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung
d. Förderungsart (Unterversorgung/drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil
e. Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (j/n)
Diese Daten können bei den genannten Institutionen über die Dauer der Weiterbildungsförderung hinaus gespeichert werden bis alle Verwendungsnachweise seitens der weiterbildenden Praxis erbracht sind und das Förderverfahren beendet ist.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Hamburg. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.

Ort und Datum

Unterschrift aller zugelassenen Ärzte

Name in Druckbuchstaben

Sofern der/die obige Unterzeichner/in nicht auch gleichzeitig der/die Weiterbilder/in ist, wird zusätzlich die Einwilligung des/der weiterbildenden Arztes/Ärztin der Praxis / BAG / MVZ erforderlich:
Ich willige in die oben beschriebene Datenverarbeitung ein.

Ort und Datum

Unterschrift angestellte/r weiterbildungsermächtigte/r Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben

arztregister@kvhh.de

Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Angaben des Arztes in Weiterbildung zum

- ☐ Facharzt für Augenheilkunde
- ☐ Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- ☐ Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

ggf. Titel, Vorname, Name

Ich möchte im Zeitraum vom ☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐

bei ☐ als Arzt in Weiterbildung tätig werden.

Der weiterbildende Arzt hat bei der KV Hamburg einen Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in Weiterbildung sowie einen Antrag auf Förderung der Weiterbildung gestellt.

Diesem Bogen werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- schriftliche Bestätigung der Ärztekammer Hamburg über die bisher abgeleisteten und anrechnungsfähigen Weiterbildungsabschnitte ("Formale Zeitenbestätigung"), außer unmittelbar nach der Approbation ist keine Formale Zeitenbestätigung notwendig.
  - ☐ Formale Zeitenbestätigung liegt bei
  - ☐ beantragt am ☐☐☐☐☐☐ (Kopie Antrag)
- ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis über eine sog. Verbundweiterbildung. Ein Muster finden Sie anbei.

Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Name, Vorname	Geburtsdatum	Datum der Approbation	Facharztprüfung geplant (Quartal/Jahr)

Die Weiterbildung erfolgt nach WBO ☐ 2005 ☐ 2020

Tätigkeit nach der Approbation. Angabe der Klinik/Praxis oder nichtärztliche Tätigkeit	Beginn	Ende	Vollzeit/Teilzeit in %	Fachgebiet

Der Weiterbildungsplan sollte seit der Erlangung der Approbation bis zur geplanten Facharztprüfung **lückenlos** sein (auch nichtärztliche Tätigkeiten sind anzugeben, sowie auch Zeiten wie arbeitssuchend, Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit etc.).

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Angaben zur Gewährung eines Vorzug bei Vergabe der Förderung

Ich befinde mich bereits im ambulanten Abschnitt meiner Weiterbildung zum Facharzt.

☐ ja ☐ nein

Die in der Weiterbildungsordnung am Krankenhaus abzuleistenden oder ableistbaren Weiterbildungszeiten habe ich bereits absolviert. Der Nachweis hierüber gegenüber der Kassenärzlichen Vereinigung Hamburg wurde erbracht.

☐ ja ☐ nein

Die Weiterbildung findet in einem Verbund aus Vertragsarztpraxen und Krankenhäusern statt.

☐ ja ☐ nein

Erklärung des Arztes in Weiterbildung

- Ich verpflichte mich, dass ich den Weiterbildungsabschnitt in der weiterbildenden Praxis als Teil meiner fachärztlichen Weiterbildung im Gebiet _____ nutzen werde
- Ich bestätige, dass ich der KV Hamburg einen Nachweis über die Weiterbildungsplanung bzw. Verbundweiterbildung (Weiterbildungsplan) vorlegen werde.
- Ich bestätige, dass ich beabsichtige nach der Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich tätig zu sein.
- Ich bestätige, dass ich die Weiterbildung zum Facharzt für _____ absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde.
- Ich bestätige, dass ich der Ärztekammer Hamburg zum Zweck der Ermittlung der anrechenbaren Weitierbildungszeiten sämtliche Zeugnisse eingereicht habe.
- Ich bestätige, dass ich der KV Hamburg eine Bestätigung der Ärztekammer Hamburg einreiche, aus welcher ersichtlich ist, welche anrechenbaren Weiterbildungszeiten bereits abgeleistet und noch abzuleisten sind (formale Zeitenbestätigung) und diese nicht älter als drei Monate ist.
- Ich verpflichte mich, bei Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit die KV Hamburg zu informieren.

Ort und Datum	Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Name in Druckbuchstaben

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung (Ärztin/Arzt in Weiterbildung)

Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einerseits und die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf ab, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen und die vertragsärztliche Tätigkeit weiterer Facharztgruppen zu stärken.

Die sozialgesetzliche Regelung in § 75a SGB V bestimmt, dass folgende Partner weitere Regelungen treffen sollen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Diese haben einvernehmlich mit dem PKV-Verband sowie unter Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (Fördervereinbarung) mit weiteren Anlagen geschlossen. Die Fördervereinbarung selbst beschreibt die Grundsätze der gesamten Weiterbildungsförderung. Ihre Anlagen I und II beschreiben die Verfahren im vertragsärztlichen und im stationären Bereich. Die Anlage III der Fördervereinbarung beschreibt die Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung. Die Anlage IV beschreibt die Förderung von Kompetenzzentren Weiterbildung (KW).

Die Mittelverwendung ist den Kostenträgern, den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, bzw. ihren Vertretern, dem GKV-SV und dem PKV-Verband einerseits sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nachzuweisen. Der für den Nachweis zu übermittelnde Datenumfang (gemäß Einwilligungserklärung) ist der KV von den Vertragspartnern der Fördervereinbarung vorgegeben worden und leitet sich aus der Fördervereinbarung ab.

Um die Wirksamkeit der Förderung zu bewerten, werden Förderdaten analysiert. Die Wirksamkeit der Förderung lässt sich aus Sicht der Vertragspartner auf der Basis steigender Zahlen bei den Facharztanerkennungen und den Tätigkeitsaufnahmen in der ambulanten Versorgung sowie stringenteren Weiterbildungsverläufen abbilden. Da sich die Wirksamkeit der Fördermaßnahmen erst mittel- bis langfristig abzeichnen, erfolgt über Verbleibanalysen im Anschluss an die Facharztanerkennung nach drei, fünf und zehn Jahren durch einen Datenabgleich mit dem Bundesarztregister eine Auswertung. Um standardisierte Auswertungen durchführen zu können, wird im Rahmen dieser Evaluation eine einheitliche Nummer (AiW-Nr.1) an jede/n Teilnehmer/in des Förderprogramms vergeben,

Die erhobenen personenbezogenen Daten (gemäß Einwilligungserklärung) fließen in diese Gesamtevaluation der Förderung ein. Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt. Die zugrundeliegenden personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Verbleibanalysen, d.h., zehn Jahre nach Erlangung der Facharztanerkennung, gelöscht. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben wurde oder dem Gesamtevaluator bekannt geworden ist, werden die Daten gelöscht.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist entsprechend der geltenden Datenschutzbestimmungen Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung jederzeit widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Ich willige gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Förderung meine nachfolgend aufgelisteten personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen zwischen den im Folgenden genannten Institutionen und in der im Folgenden beschriebenen Weise ausgetauscht und verarbeitet werden.
Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die KBV übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet: Vorname, Name, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Facharztbezeichnung, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsart (Förderung bei Unterversorgung oder drohender Unterversorgung), Förderungsdauer in Monaten, jahresübergreifende Förderung ja/nein, vollzeitige oder halbtätige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung (ja/nein). Diese Daten werden von den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung für die maximale Dauer von zehn Jahren gespeichert.
Für die Evaluationsmaßnahmen der Vereinbarung und ihrer Anlagen werden nachfolgende Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern sowie von der Zentralen Registrierstelle bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengeführt und beim Gesamtevaluator, gegenwärtig die KBV, verarbeitet:
a. Familienname, Vorname
b. Geburtsdatum und Geburtsname
c. Arztnummer (AiW-Nr.2)
d. Angaben zum Verlauf der Weiterbildung: KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang und -art, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen
e. Erwerb der Facharztanerkennung,
f. Spätere Berufstätigkeit im vertragsärztlichen Bereich
Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen ohne Personenbezug erstellt.
Die Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Fördervereinbarung erhält und analysiert diese zusammengefassten Auswertungen der personenbezogenen Daten. Ihr gehören an: die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband und die Bundesärztekammer (BÄK) an der Lenkungsgruppe beteiligt. Die „Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung“ habe ich zur Kenntnis genommen.
Ich bin damit einverstanden, dass die KV die oben genannten Daten an die genannten Institutionen übermittelt und diese unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen durch die genannten Institutionen für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten bei dem Gesamtevaluator der Weiterbildungsförderung (gegenwärtig die KBV) erfolgt für eine maximale Dauer von zehn Jahren nach Erhalt der Facharztanerkennung. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder nachgewiesen wurde, werden die Daten gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der KV jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber der KV Hamburg. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.

Ort und Datum	Unterschrift des Arztes in Weiterbildung
	Name in Druckbuchstaben