

Faxnummer: 040 22802 -738
arztregister@kvhh.de

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

WB-Befugnis vorhanden	lt. akt. Liste ÄKH
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
WBA erfüllt Voraussetzung	MA Kürzel
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

Antrag auf Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V in Verbindung mit den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung 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.

Name des Antragstellers

ggf. Titel, Vorname, Name / Medizinisches Versorgungszentrum

Name des weiterbildenden Arztes - falls abweichend vom Antragsteller -

ggf. Titel, Vorname, Name

LANR des weiterbildenden Arztes

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)
 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 einen Zuschuss zu den Gehaltskosten des o. g. Arztes in Weiterbildung.

Das monatliche Bruttoentgelt beträgt:

--

 Euro.

Hinweis: Das monatliche Bruttogehalt muss bei einer Vollzeittätigkeit mindestens 5.796,13 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 5.796,13 Euro brutto), die Dauer der Weiterbildungszeit beim Antrag steller sowie Name und Anschrift des Antragstellers und des Arztes in Weiterbildung hervorgehen
 eine gültige Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer des weiterbildenden Arztes

Mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag verpflichte ich mich,

- ➔ die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abzuführen,
- ➔ die Förderbeträge der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zurückzuzahlen, sofern ich den geförderten Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschäftige,
- ➔ am Ende des Weiterbildungsabschnitts der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg einen Nachweis über die an den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge zuzusenden (ggf. mittels einer Bescheinigung meines Steuerberaters oder anhand der einzelnen Gehaltsabrechnungen).

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

--

Name in Druckbuchstaben

Datenschutzerklärung gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 8 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

Hiermit stimme ich der Datenspeicherung, -verarbeitung und der Übermittlung für die im Vertrag genannten Zwecke, insbesondere der gemäß § 9 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V sowie nach Anlage III der Vereinbarung benötigten Daten zu.

Auszug aus der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

§ 9 Monitoring und Evaluation

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich zur Überprüfung des Erfolgs durch Monitoring und Evaluation der Maßnahmen dieser Vereinbarung, um deren Wirksamkeit nachzuvollziehen und zu überprüfen. Die Evaluation dient darüber hinaus der weiteren erforderlicher Anpassungen. Steuerung der Förderung sowie gegebenenfalls
- (2) Die Lenkungsgruppe nach § 10 dieser Vereinbarung analysiert und bewertet jährlich gemeinsam insbesondere auf Grundlage der Jahresendabrechnung sowie auf Grundlage der Anlage III die Auswirkungen dieser Vereinbarung auf die Weiterbildung der geförderten Facharztgruppen.

Hinweis: Die **Anlage III Monitoring und Evaluation** der Vereinbarung ist auf der Homepage der KBV veröffentlicht.

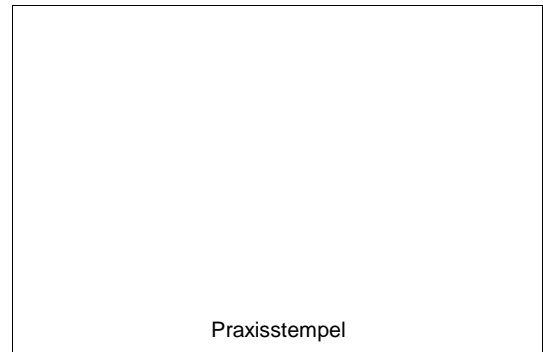
Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers (weiterbildende Praxis)

ggf. Unterschrift des angestellten Weiterbilders

➡ Die folgenden Seiten lassen Sie bitte von dem Arzt in Weiterbildung ausfüllen und unterschreiben.

Faxnummer: 040 22802 -738
arztregister@kvhh.de



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 Allgemeinmedizin

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 beigelegt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- schriftliche Bestätigung der Ärztekammer Hamburg über die bisher abgeleisteten und anrechnungsfähigen sowie die künftig noch abzuleistenden Weiterbildungsabschnitte ("Formale Zeitenbestätigung")
 - 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 für:

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).

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Hiermit bestätige ich, dass ich

- ➔ die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde,
- ➔ beabsichtige, nach der Beendigung meiner Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich als Hausarzt tätig zu sein.

Darüber hinaus verpflichte ich mich, dass ich

- ➔ den zu fördernden Weiterbildungsabschnitt in der Praxis des Antragstellers als Teil meiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nutze,
- ➔ bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg informiere,
- ➔ bei Aufnahme einer Tätigkeit als Vertragsarzt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg informiere.

Datenschutzerklärung gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 7 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

Hiermit stimme ich der Datenspeicherung, -verarbeitung und der Übermittlung für die im Vertrag genannten Zwecke, insbesondere der gemäß § 9 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V sowie nach Anlage III der Vereinbarung benötigten Daten zu.

Auszug aus der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

§ 9 Monitoring und Evaluation

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich zur Überprüfung des Erfolgs durch Monitoring und Evaluation der Maßnahmen dieser Vereinbarung, um deren Wirksamkeit nachzuvollziehen und zu überprüfen. Die Evaluation dient darüber hinaus der weiteren Steuerung der Förderung sowie gegebenenfalls erforderlicher Anpassungen.
- (2) Die Lenkungsgruppe nach § 10 dieser Vereinbarung analysiert und bewertet jährlich gemeinsam insbesondere auf Grundlage der Jahresendabrechnung sowie auf Grundlage der Anlage III die Auswirkungen dieser Vereinbarung auf die Weiterbildung der geförderten Facharztgruppen.

Hinweis: Die **Anlage III Monitoring und Evaluation** der Vereinbarung ist auf der Homepage der KBV veröffentlicht.

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Faxnummer: 040 22802 -420

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

WB-Befugnis vorhanden	It. akt. Liste ÄKH
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
WBA erfüllt Voraussetzung	MA Kürzel
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Mitgliederservice und Beratung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

Antrag auf Vergütungsanpassung nach § 8 VM

nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V in Verbindung mit den Richtlinien Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und den grundversorgenden Fachärzten.

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.

Name des Antragstellers

ggf. Titel, Vorname, Name / Medizinisches Versorgungszentrum

Name des weiterbildenden Arztes - falls abweichend vom Antragsteller -

ggf. Titel, Vorname, Name

Name des Weiterbildungsassistenten

ggf. Titel, Vorname, Name

Ich beantrage parallel zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V eine Vergütungsanpassung nach § 8 VM

Bitte wenden Sie sich bei Fragen an die Abteilung Mitgliederservice und Beratung unter 040 / 22802-491 oder mitgliederserviceundberatung@kvhh.de

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben