

Faxnummer: 040 22802 -738

arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## **Antrag auf Weiterbeschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach Abschluss der Weiterbildung bis zur Facharztprüfung**

gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV

**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 letzten weiterbildenden Arztes - falls abweichend vom Antragsteller -**

ggf. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet des weiterbildenden Arztes

### **Name des Arztes in Weiterbildung**

ggf. Titel, Vorname, Name

**Die Weiterbildung erfolgte für das Fachgebiet / den Schwerpunkt / die Zusatzbezeichnung:**

**Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:**

**Hinweis:** Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ➔ vom Arzt in Weiterbildung ausgefüllte und unterschriebene Seite diesen Antrags
- ➔ Kopie des Arbeitsvertrags

**Für welchen Zeitraum soll die Anstellung erfolgen?**

Vom 

--	--	--	--	--	--	--

 bis 

--	--	--	--	--	--	--

In welchem Umfang soll die Tätigkeit erfolgen?

- Ganztags (mindestens 40 Stunden)
- in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von (Stunden/Woche): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

--

Name in Druckbuchstaben

Faxnummer: 040 22802 -738



Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Praxisstempel

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. 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: <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

**Persönliche Daten des Arztes in Weiterbildung**

ggf. Titel, Vorname, Name

Privatanschrift	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon privat

Handy

LANR - sofern vorhanden -

Promotion

 Ja  Nein

**Abschluss der Weiterbildung**

Mein Termin für die Facharztprüfung ist am

Ich habe mich mit Datum vom  bei der Ärztkammer zur Facharztprüfung angemeldet.

**Hinweis:** Bitte fügen Sie dem Antrag einen entsprechenden Nachweis bei.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung