arztregister@kvhh.de

Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in Weiterbildung

gemäß § 32 Abs. 2 Nr. 1 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 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)

Fachgebiet des federführenden weiterbildenden Arztes

Name des Arztes in Weiterbildung

ggf. Titel, Vorname, Name

Die Weiterbildung erfolgt für: ☐ Fachgebiet ☐ Schwerpunkt ☐ Zusatzbezeichnung

Erfolgt die Weiterbildung im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin?

☐ Ja, die Weiterbildung erfolgt im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin.

☐ Nein, die Weiterbildung erfolgt nicht im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Verfügt der Weiterbilder über eine Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer?

☐ Ja, für ____ Monate. ☐ Ja (kumulativ), für ____ Monate.

Für welchen Zeitraum soll die Anstellung erfolgen?

Ab dem ____ **bis zum** ____

Findet die Weiterbildung im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes statt? ☐ Ja ☐ Nein

Verbundbefugnis für ____ Monate

An welchem Standort soll die Weiterbildung erfolgen?

____

In welchem Umfang soll die Tätigkeit erfolgen?

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

☐ in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von (Stunden/Woche): ____

Das monatliche Bruttoentgelt beträgt: ____ Euro.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ☐ die vom Arzt in Weiterbildung ausgefüllten und unterschriebenen Seiten 4 bis 5 dieses Antrags
- ☐ die Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung
- ☐ eine gültige Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Hamburg des Antragstellers bzw. des weiterbildenden Arztes bezogen auf das betroffene Fachgebiet (Bescheid der Ärztekammer Hamburg)
- ☐ der unterschriebene Anstellungsvertrag

Bitte beachten Sie, dass…

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

…eine ungenehmigte Beschäftigung zu Honorarkürzungen führen kann.

…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.

...die Anstellung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung mit Erreichen der Mindestweiterbildungszeit vorzeitig endet. In diesem Fall kann ein Antrag auf Weiterbeschäftigung bis zur Facharztprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg gestellt werden.

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.

Die Genehmigung wird auf Basis des Anstellungsvertrages beantragt. Ich versichere / wir versichern, dass weitere Vereinbarungen, die dem entgegenstehen, nicht getroffen wurden bzw. werden.

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

Ort und Datum	Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben

arztregister@kvhh.de

Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

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

Geburtsdatum | Geburtsort | Geschlecht

☐ M ☐ W ☐ D

Staatsangehörigkeit | E-Mail

Telefon privat | Handy

LANR - sofern vorhanden - | Promotion

☐ Ja (Kopie der Urkunde) ☐ Nein

Haben Sie Ihre Facharztanerkennung in einem Drittstaat erworben und bei der Ärztekammer einen Antrag auf Anerkennung eingereicht?

☐ Ja ☐ Nein

Die Weiterbildung erfolgt nach der Weiterbildungsordnung:

☐ WBO 2005

☐ WBO 2020

Bisherige ärztliche Tätigkeiten nach der Approbation in zeitlicher Reihenfolge

Hinweis: Reicht der Platz auf dieser und der nächsten Seite nicht aus, benutzen Sie bitte ein separates Blatt.

1. | | | | | | | | | | | | | |
tätig ab | tätig bis

Umfang der Beschäftigung

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit: _____ %

Name und Art des Arbeitgebers

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt

im Rahmen der Weiterbildung: ☐ Fachgebiet ☐ Schwerpunkt ☐ Zusatzbezeichnung

2. | | | | | | | | | | | | | |
tätig ab | tätig bis

Umfang der Beschäftigung

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit: _____ %

Name und Art des Arbeitgebers

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt

im Rahmen der Weiterbildung: ☐ Fachgebiet ☐ Schwerpunkt ☐ Zusatzbezeichnung

3. | | | | | | | | | | | | | |
tätig ab | tätig bis

Umfang der Beschäftigung

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit: _____ %

Name und Art des Arbeitgebers

☐ Krankenhaus ☐ Vertragsarzt

im Rahmen der Weiterbildung: ☐ Fachgebiet ☐ Schwerpunkt ☐ Zusatzbezeichnung

Ich versichere / wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Arztregister unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Name in Druckbuchstaben

Einwilligung zum Datenaustausch

Ich willige ein, dass die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Antrags personenbezogene Daten zu meiner Person verarbeitet und sich hierzu mit der zuständigen Ärztekammer austauschen darf. Der Datenaustausch erfolgt ausschließlich, soweit dies zur Überprüfung der Weiterbildungszeiten sowie des Weiterbildungsstandes erforderlich ist.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Name in Druckbuchstaben