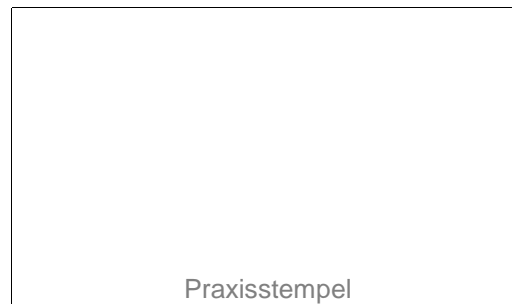


arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



**Antrag auf Weiterbeschäftigung eines Arztes in Weiterbildung
nach Abschluss der Weiterbildung bis zur Anstellung/Zulassung**
gemäß § 32 Abs. 2 Satz 3 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: Fachgebiet Schwerpunkt Zusatzbezeichnung

Für welchen Zeitraum soll die Anstellung erfolgen?

Vom bis

In welchem Umfang soll die Tätigkeit erfolgen?

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

Das monatliche Entgelt beträgt: _____ Euro.

Mit Datum vom

- wurde beim Zulassungsausschuss eine Zulassung beantragt.
- wurde beim Zulassungsausschuss eine Anstellung beantragt.

Name des Arbeitgebers

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
- Kopie des Antrags beim Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg –

Bitte beachten Sie, dass...

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

...der Antrag möglichst 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.

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

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben

Die vertragsärztliche Tätigkeit werde ich - nach erfolgter Zulassung bzw. Genehmigung durch den
Zulassungsausschuss - am

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

 aufnehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

--

Name in Druckbuchstaben

arztregister@kvhh.de

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

M W D

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon privat

Handy

LANR - sofern vorhanden -

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Promotion

Ja Nein

Abschluss der Weiterbildung

Mein Termin für die Facharztprüfung ist am

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ich habe mich mit Datum vom

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

bei der Ärztkammer zur Fach-

arztprüfung angemeldet.

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

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung