

arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## 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 des/der weiterbildenden Arztes/Ärzte** - bei kumulativen Befugnissen federführenden Weiterbilder benennen -

ggf. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet des 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.

Nein, aber beantragt zum

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 3 bis 4 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
- der unterschriebene Anstellungsvertrag

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

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
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon privat

Handy

LANR - sofern vorhanden -

Promotion
<input type="checkbox"/> Ja (Kopie der Urkunde) <input type="checkbox"/> Nein

## 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 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