

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

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 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): _____

Das monatliche Entgelt beträgt: _____ Euro.

Mit Datum vom

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

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

--

Name des Arbeitgebers

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

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

 aufnehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

--

Name in Druckbuchstaben

Faxnummer: 040 22802 -738

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 Nein

Abschluss der Weiterbildung

Mein Termin für die Facharztprüfung ist am

Ich habe mich mit Datum vom bei der Ärztkammer zur Fach-

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

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung