

Faxnummer: 040 22802 -738

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 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 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                       Nein, aber beantragt zum

Für welchen Zeitraum soll die Anstellung erfolgen?

**Ab dem**       **bis zum**

An welchem Standort soll die Weiterbildung erfolgen?

In welchem Umfang soll die Tätigkeit erfolgen?

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

Das monatliche Bruttoentgelt beträgt:  Euro.

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

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

Name in Druckbuchstaben

**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

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
		<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