

Falls die Weiterbildung im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes durchgeführt wird, geben Sie bitte hier den Namen des Verbundes an

Name des Weiterbildungsverbundes

4. Beschäftigungs- und Förderzeitraum

Beschäftigungszeitraum:
vom _____ bis zum _____ (letzter Arbeitstag)

Förderzeitraum:
vom _____ bis zum _____ (letzter Arbeitstag)

in Vollzeit

in Teilzeit (mind. Hälfte der wöchentlichen Regelarbeitszeit): _____ %, _____ Std./Wo.

Beim Antragsteller beträgt die wöchentliche Arbeitszeit bei einer Vollzeitstelle pro Woche _____ Std.

Bitte beachten Sie, dass bei Teilzeittätigkeiten eine Teilzeitgenehmigung der Ärztekammer Nordrhein mit eingereicht werden muss!

im o.g. Fachgebiet oder

anderes Gebiet nach WBO (z.B. neurologischen oder psychiatrisches Jahr)

5. bereits absolvierte Weiterbildungsabschnitte

Anzahl Monate	absolvierte Weiterbildungsabschnitte	stationär	ambulant
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Angaben zu ggf. bereits erfolgten Förderungen

Hat der Arzt in Weiterbildung bereits eine Weiterbildung absolviert, für die eine Förderung gewährt worden ist?

Wir weisen darauf hin, dass die Förderung je Weiterbildungsassistent auf 24 Monate begrenzt ist

nein

ja, in der Praxis

(Name der Praxis)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

Diese Tätigkeit wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung

(Name der Kassenärztlichen Vereinigung)

im Zeitraum vom _____ bis zum _____ finanziell gefördert.

Die für diesen Antrag notwendigen und im Folgenden aufgeführten Unterlagen habe ich (in Kopie) beigefügt:

- Ihre **Weiterbildungsbefugnis**
- Approbationsurkunde** des Arztes in Weiterbildung (nur erforderlich, sofern im Arztregister keine Eintragung vorliegt)
- aktueller tabellarischer Lebenslauf** des Arztes in Weiterbildung (einschließlich der datumsge-
nauen Beschäftigungszeiträume und -umfänge, ggf. Eltern-und/oder Erziehungszeiten, etc.)
- Zeugnisse** über die bereits absolvierten Weiterbildungsabschnitte des Arztes in Weiterbildung
- Wenn der Arzt in Weiterbildung bereits Weiterbildungsabschnitte absolviert hat, eine **Bestäti-
gung der Ärztekammer Nordrhein** aus welcher ersichtlich wird, welche Weiterbildungsab-
schnitte zur Erlangung der o.g. Facharztkompetenz benötigt werden und zuvor noch nicht abge-
leistet worden sind
- Bei Teilzeitbeschäftigung des Arztes in Weiterbildung ist eine **Teilzeitgenehmigung der Ärzte-
kammer Nordrhein** beizufügen.
- Anlage** zum Antrag auf Erteilung der Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiter-
bildung
- Persönliche Erklärung des Antragstellers** zum Antrag auf Gewährung einer Förderung für
die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung – grundversorgende Fachärzte – (unter Ver-
wendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)
- Persönliche Erklärung des Arztes in Weiterbildung** zum Antrag auf Gewährung einer Förde-
rung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung – grundversorgende Fachärzte – (un-
ter Verwendung des bzw. mit den Inhalten des hierfür verfügbaren Formulars)
- Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung des Antragstellers/Weiterbilders**
- Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung des Arztes in Weiterbildung**
- Nachweis über eine Weiterbildungsplanung** bzw. Nachweis über eine Verbundweiterbildung
(z.B. Rotationsplan) soweit die Planung abgeschlossen ist

Ort, Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Antragstellers
(Vertragsarzt bzw. BAG-/MVZ-Vertretungsberechtigter gemäß Ziff. 1 des Antrags)

Anlage zum Antrag auf Erteilung der Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes* in Weiterbildung

Mit Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zum 25.05.2018 gelten besondere Voraussetzungen für die Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Verkehr solcher Daten. Wir als Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verarbeiten die von Ihnen mitgeteilten Daten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Rahmen des Antragsverfahrens zur Genehmigung der Weiterbildung u.a. nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten durch die KV Nordrhein finden Sie unter <https://www.kvno.de/datenschutz>

Damit wir Sie im Rahmen Ihrer Weiterbildung zukünftig über kostenlose Veranstaltungen (z.B. die des Kompetenzzentrums Weiterbildung oder den Praxisbörsentag), Seminare und Beratungsservices rund um den Praxiseinstieg informieren können und dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Bitte senden Sie uns daher die beigefügte Erklärung nach Vervollständigung und Unterzeichnung zurück, auch für den Fall, dass Sie Ihr Einverständnis nicht erklären möchten.

Einwilligung des Arztes in Weiterbildung:

Hiermit willige ich

Titel, Name, Vorname

ein, dass die KV Nordrhein mich über kostenlose Veranstaltungen, Seminare und Beratungsangebote rund um den Praxiseinstieg informieren und diesbezüglich postalisch, telefonisch, per Email oder per Fax Kontakt mit mir aufnehmen darf.

Damit, dass die KV Nordrhein dafür die über mich gespeicherten personenbezogenen Daten (Namen, Geburtsdatum und -ort, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) zu dem vorgenannten Zweck verwendet und verarbeitet, bin ich

einverstanden

nicht einverstanden.

E-Mail Adresse: _____

Das Antragsverfahren auf Genehmigung der Weiterbildung ist von der Einwilligung unabhängig.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilte freiwillige Einwilligung jederzeit und für die Zukunft formlos widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Antragsformular auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.