



Hauptstelle, Abteilung Sicherstellung, 40182 Düsseldorf

Ansprechpartner:

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Iris Siemons Hans Burchatzki | ☎ 0211 / 59 70 – 8153 ☎ 0211 / 59 70 – 8165 💻 0211 / 59 70 – 8146 | ✉ iris.siemons@kvno.de ✉ hans.burchatzki@kvno.de |
|---------------------------------|---|--|

Bitte sehen Sie von telefonischen Anfragen nach dem Antragseingang ab.
Nach der Durchsicht des Antrages erhalten Sie eine Eingangsbestätigung.

**Antrag auf Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung
eines Arztes* in Weiterbildung
- Grundversorgende Fachärzte -
nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung
gemäß § 75a SGB V**

**Ich/Wir beantrage/n die Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiter-
bildung**

zum Facharzt für _____

Neuantrag

Verlängerungsantrag

Zur Weiterbildung befugter Antragsteller:

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

LANR (lebenslange Arztnummer): _____

*Die in diesem Antrag der einfacheren Lesbarkeit halber verwendeten männlichen Personen- und Berufsbezeichnungen schließen jeweils die weibliche Form mit ein.

ggf. gemeinsam mit:

LANR: _____

LANR: _____

LANR: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Vertragsarztstempel

Datum

Unterschrift des zur Weiterbildung befugten Antragstellers

Unterschrift des zur Weiterbildung befugten Antragstellers

Unterschrift des zur Weiterbildung befugten Antragstellers

Arzt in Weiterbildung:

Name, Vorname des Arztes in Weiterbildung

Geschlecht: männlich weiblich

Anschrift des Arztes in Weiterbildung

Festnetz-/Handynr. des Arztes in Weiterbildung

Geburtsdatum des Arztes in Weiterbildung

LANR (lebenslange Arztnummer) des Arztes in Weiterbildung - wenn vorhanden

für den **Zeitraum** vom _____ bis _____

ganztägige Beschäftigung

mindestens halbe regelmäßige Arbeitszeit: _____ Stunden/Woche.
Bei Vollzeit würden in der Praxis _____ Stunden in der Woche gearbeitet.

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"/> |

Hat der Arzt in Weiterbildung bereits eine Förderung erhalten?

nein

ja

Wenn ja, in welcher Praxis?

Praxis

Ort

Diese Tätigkeit wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung

Name der Kassenärztlichen Vereinigung

für die Zeit vom _____ bis _____ finanziell gefördert.

Damit Ihr Antrag so schnell wie möglich bearbeitet werden kann, bitten wir Sie folgende Unterlagen beizufügen:

1. **Approbationsurkunde** des Arztes in Weiterbildung
2. **tabellarischer Lebenslauf** des Arztes in Weiterbildung, aus dem insbesondere die bereits abgeleisteten Weiterbildungsabschnitte hervorgehen
3. **Zeugnisse** über die bereits absolvierten Weiterbildungsabschnitte des Arztes in Weiterbildung
4. Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. Nachweis über eine Verbundweiterbildung (z. B. Rotationsplan) soweit die Planung abgeschlossen ist
5. erforderlichenfalls eine Bestätigung der Ärztekammer Nordrhein aus welcher ersichtlich wird, welche Weiterbildungszeiten zur Erlangung der oben genannten Facharztkompetenz noch abzuleisten sind (bspw. bei Weiterbildungszeiten im Ausland)
6. **Erklärung zum Antrag auf Förderung** des weiterbildungsbefugten Antragstellers
7. **Erklärung zum Antrag auf Förderung** des Arztes in Weiterbildung
8. **Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung** des Weiterbilders
9. **Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung** des Weiterzubildenden

Die Formulare für die unter 6.-9. aufgeführten Erklärungen und Einwilligungen finden Sie ebenfalls auf unserer Internetseite.

Bitte stellen Sie gleichzeitig einen nach § 32 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) erforderlichen Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung bei Ihrer zuständigen Bezirksstelle:

Bezirksstelle Düsseldorf / Köln

Frau Marion Bongartz
Frau Dagmar Schrödter

☎ 0221 / 7763 – 6514, 🖨 0221 / 7763 – 6500
☎ 0221 / 7763 – 6536, 🖨 0221 / 7763 – 6500

Bei Teilzeitbeschäftigung bitten wir zu beachten, dass diese zusätzlich durch die Ärztekammer Nordrhein genehmigt werden muss.