

☎ 0211 / 59 70 – 8493  
☎ 0211 / 59 70 – 8021

✉ [Antraege.Weiterbildungsassistenten@kvno.de](mailto:Antraege.Weiterbildungsassistenten@kvno.de)

📠 0211 / 59 70 – 33224

**Persönliche Erklärung des Arztes\* in Weiterbildung  
zum Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung als Weiterbildungsassistent  
sowie Förderung der Weiterbildung**

**- Grundversorgende Fachärzte -  
gemäß § 75a SGB V**

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_  
Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Arztes in Weiterbildung gemäß Ziff. 2 des Antrags

zum Antrag des

\_\_\_\_\_  
Anrede, Titel, Vor-, Nachname des Antragstellers gemäß Ziff. 1 des Antrags

Folgendes:

**Meine Weiterbildung bei dem o. g. Antragsteller zum Facharzt für \_\_\_\_\_ findet statt**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Förderzeitraum gem. Ziffer 4 des Antrags)

in Vollzeit

in Teilzeit: \_\_\_\_ %

**Ich verfüge bereits über die Anerkennung zum Facharzt für: \_\_\_\_\_**

Ferner erkläre ich,

- dass ich den zu fördernden Weiterbildungsabschnitt in der Praxis des Antragstellers für die Weiterbildung zur Erlangung der oben angegebenen Facharztkompetenz nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein benötige,
- den zu fördernden Weiterbildungsabschnitt in der Praxis des Antragstellers als Teil meiner Weiterbildung zur Erlangung der oben angegebenen Facharztkompetenz nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein zu nutzen,
- dass ich binnen drei Monaten nach Beendigung des genehmigten Förderzeitraums der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Auflistung der an mich gezahlten Bruttogehälter (z. B. unter Verwendung des hierfür unter <https://arzt-sein-in-nordrhein.de/foerderung> verfügbaren Formulars) zusende,
- dass ich die geförderte Weiterbildung zur oben genannten Facharztkompetenz absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde,
- dass ich mich verpflichte, bei Abschluss der Facharztkompetenz die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zu informieren,
- dass ich die Absicht habe, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit im Rahmen der mit der geförderten Weiterbildung erlangten Facharztbezeichnung im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Fachgruppe tätig zu sein,
- dass ich mich verpflichte, bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit die Kassenärztliche Vereinigung zu informieren.
- Mir ist bekannt,
  - dass die Fördergelder an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zurückzuzahlen sind, wenn die in dieser Erklärung gemachten Angaben nicht zutreffend sind oder die Fördervoraussetzungen nicht vorlagen. Die Fördervoraussetzungen entfallen bei missbräuchlicher Verwendung,
  - dass ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis über eine sogenannte Verbundweiterbildung (z.B. Rotationsplan) dem Antrag auf Förderung beizufügen ist. Soweit bei der Beantragung der Förderung noch nicht die gesamte Planung der Weiterbildung abgeschlossen ist, ist eine Erklärung über das Vorliegen der Zusagen für die Beschäftigung als Arzt in Weiterbildung für das nächste Weiterbildungsjahr jeweils spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorzulegen.
- Ich verpflichte mich, gegenüber der Ärztekammer Nordrhein einzuwilligen, dass diese die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein über meine absolvierten Facharztprüfungen und deren Ergebnis informiert.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung