

| | |
|--|--|
| ☎ 0211 / 59 70 – 8493 ☎ 0211 / 59 70 – 8021 | ✉ Antraege.Weiterbildungsassistenten@kvno.de 🖨 0211 / 59 70 – 33224 |
|--|--|

Neuantrag

**Auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes* in Weiterbildung
sowie auf
Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung**

- Facharzt für Allgemeinmedizin -
nach der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

1. Antragsteller

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Name der BAG)</div> | |
| <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Name des MVZ)</div> | |
| BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | |
| _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte</div> | |
| _____ <div style="font-size: small;">E-Mail-Adresse</div> | _____ <div style="font-size: small;">Telefonnummer</div> |
| Ich, Anrede, Titel _____ ggf. LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | |
| Nachname _____ Vorname _____ | |
| ggf. Facharztbezeichnung _____ | |
| <input type="checkbox"/> bin in o. g. Einzelpraxis zugelassener Vertragsarzt. | |
| <input type="checkbox"/> bin Vertretungsberechtigter der o. g. BAG. | |
| <input type="checkbox"/> bin Vertretungsberechtigter des o. g. MVZ. | |

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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

vom _____ bis zum _____

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!

Allgemeinmedizin oder

Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung (z.B. Kinder- und Jugendmedizin)

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"/> | <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?

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 ambulante oder mehr als 12 Monate stationäre Weiter-
bildungsabschnitte absolviert hat, eine **Bestätigung der Ärztekammer Nordrhein** aus welcher
ersichtlich wird, welche Weiterbildungsabschnitte zur Erlangung der Facharztkompetenz als
Facharzt für Allgemeinmedizin benötigt werden und zuvor noch nicht abgeleistet worden sind
(Prüfung der Ärztekammer erfolgt anhand eines aktuellen aussagefähigen Lebenslaufs)
- bei Teilzeitbeschäftigung des Arztes in Weiterbildung eine **Teilzeitgenehmigung der Ärzte-
kammer Nordrhein**
- 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 zum Facharzt für Allgemeinmedizin (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 zum Facharzt für Allgemeinmedizin
(unter 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.