

arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



## 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 aller weiterbildenden Ärzte - ausweislich der Weiterbildungsbefugnis -

ggf. Titel, Vorname, Name

### LANR des weiterbildenden Arztes, dem der Arzt in Weiterbildung federführend zugeordnet werden soll (bei kumulativ befugten Weiterbildungern)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Fachgebiet des federführenden 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, aber beantragt zum

Für welchen Zeitraum soll die Anstellung erfolgen?

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

Findet die Weiterbildung im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes statt?  Ja  Nein

Verbundbefugnis für  Monate

An welchem Standort soll die Weiterbildung erfolgen?

In welchem Umfang soll die Tätigkeit erfolgen?

Ganztags (mindestens 40 Stunden):  Stunden / Woche

in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von (Stunden/Woche):

Das monatliche Bruttoentgelt beträgt:  Euro.

**Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:**

**Hinweis:** Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- die vom Arzt in Weiterbildung ausgefüllten und unterschriebenen Seiten 4 bis 5 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 (Bescheid der Ärztekammer Hamburg)
- der unterschriebene Anstellungsvertrag

Bitte beachten Sie, dass...

...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

...der Antrag möglichst vier Wochen vor Beginn der beabsichtigten Beschäftigung der Ärztin in Weiterbildung/des Arztes in Weiterbildung gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.

...die Leistungen, die die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Arztes gekennzeichnet werden.

...die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Arzt in Weiterbildung zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

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

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

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben



## 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

--

Name in Druckbuchstaben