

arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Antrag auf Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach Abschluss der Weiterbildung bis zur Facharztprüfung

gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 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 des weiterbildenden Arztes - falls abweichend vom Antragsteller -

ggf. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet des weiterbildenden Arztes

Name des Arztes in Weiterbildung

ggf. Titel, Vorname, Name

Die Weiterbildung erfolgte für: Fachgebiet Schwerpunkt Zusatzbezeichnung

Die Weiterbildung erfolgte nach WBO 2005 2020

Für welchen Zeitraum soll die Anstellung erfolgen?

Vom

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

 bis

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

In welchem Umfang soll die Tätigkeit erfolgen?

- Ganztags (mindestens 40 Stunden):

--

 Stunden / Woche

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

--

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ➔ vom Arzt in Weiterbildung ausgefüllte und unterschriebene Seite diesen Antrags
- ➔ Kopie des Arbeitsvertrags
- ➔ gültige Weiterbildungsbefugnis

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

arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. 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: <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Persönliche Daten des Arztes in Weiterbildung

ggf. Titel, Vorname, Name

Privatanschrift

PLZ

Ort

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

M W D

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon privat

Handy

LANR - sofern vorhanden -

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Promotion

Ja Nein

Abschluss der Weiterbildung

Mein Termin für die Facharztprüfung ist am

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ich habe mich mit Datum vom

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

bei der Ärztekammer zur Fach-

arztprüfung angemeldet.

Hinweis: Bitte fügen Sie dem Antrag einen entsprechenden Nachweis bei.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung