

arztregister@kvhh.de

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

WB-Befugnis vorhanden	lt. akt. Liste ÄKH
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
WBA erfüllt Voraussetzung	MA Kürzel
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Praxisstempel

Antrag auf Förderung der fachärztlichen Weiterbildung

nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung aus Mitteln des Strukturfonds gem. § 3 Satz 2 Nr. 2 des Beschlusses über die Bildung eines Strukturfonds nach § 105 SGB V der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

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.

Die Förderung der Weiterbildung wird für folgende Arztgruppe beantragt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Urologen | <input type="checkbox"/> Nervenärzte |
| <input type="checkbox"/> Hautärzte | <input type="checkbox"/> HNO-Ärzte |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen und Orthopäden | <input type="checkbox"/> oder sonstige Facharztgruppen |

Facharztbezeichnung:

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)

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

Betriebsstätten-Nr.

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

Name des Arztes in Weiterbildung

ggf. Titel, Vorname, Name

E-Mail der Praxis

Zeitraum des Weiterbildungsabschnitts:

Vom bis

Findet die Weiterbildung im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes statt?

ja nein

Umfang der Beschäftigung:

Ganztags (mindestens 40 Stunden): Stunden / Woche
 in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von (Stunden / Woche) , dies entspricht _____ % einer Vollzeitbeschäftigung. Die Stundenzahl im Falle einer Vollzeitbeschäftigung würde _____ Stunden / Woche betragen.

Monatliche Vergütung

Hiermit beantrage ich für den o. g. Zeitraum eine finanzielle Förderung des o. g. Arztes in Weiterbildung.

Das monatliche Bruttoentgelt beträgt: Euro.

Genehmigung der Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung

Eine Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung wurde durch die KV Hamburg erteilt:

Ja, für den Zeitraum vom bis
 Nein, der Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung ist vollständig beigefügt.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- unterschriebener Arbeitsvertrag, aus dem das mit dem Arzt in Weiterbildung vereinbarte Bruttogehalt, die Dauer der Weiterbildungszeit beim Antragsteller sowie Name und Anschrift des Antragstellers und des Arztes in Weiterbildung hervorgehen

Alle Details zu den Regelungen finden Sie in der Richtlinie des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung auf Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 105 SGB V“ mit Wirkung zum 1. Oktober 2024. Bitte beachten Sie, dass...

...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung für Zeiten vor der Antragstellung 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

Erklärung der weiterbildenden Praxis

- ➔ Wir bestätigen, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abgeführt werden.
- ➔ Wir bestätigen, dass wir, sofern wir den geförderten Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen der Weiterbildung beschäftigen, die Fördermittel an den KV Hamburg zurückzahlen.
- ➔ Wir bestätigen, dass wir jährlich bis zum 15.01. des auf die Förderung folgenden Jahres und nach Abschluss der Förderung der KV Hamburg einen Nachweis der monatlichen Gehaltszahlungen vorlegen.
- ➔ Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Beenden/Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KV Hamburg mitteilen.
- ➔ Uns ist bekannt, dass wir die KV Hamburg unverzüglich informieren, sollte sich die Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Hamburg ändern.
- ➔ Uns ist bekannt, dass die KV Hamburg nur Weiterbildungszeiten fördert, welche von der Ärztekammer Hamburg auf die Weiterbildung angerechnet werden.
- ➔ Uns ist bekannt, dass wir jeden Krankheitstag und die erhaltenen Leistungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) des Arztes in Weiterbildung der KV Hamburg unverzüglich mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift aller zugelassenen Ärzte

Name in Druckbuchstaben

Erklärung des bei der weiterbildenden Praxis angestellten Arztes

- ➔ Mir ist bekannt, dass ich Änderungen betreffend der vertragsärztlichen Tätigkeit der KV Hamburg unverzüglich mitteilen werde.
- ➔ Mir ist bekannt, dass ich Änderungen betreffend meiner Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Hamburg der KV Hamburg unverzüglich mitteilen werde

Ort und Datum

Unterschrift angestellte/r weiterbildungsermächtigte/r Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben

arztregister@kvhh.de

Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

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.

Angaben des Arztes in Weiterbildung zum

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Urologen | <input type="checkbox"/> Nervenärzte |
| <input type="checkbox"/> Hautärzte | <input type="checkbox"/> HNO-Ärzte |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen und Orthopäden | <input type="checkbox"/> oder sonstige Facharztgruppen |

Facharztbezeichnung :

ggf. Titel, Vorname, Name

Ich möchte im Zeitraum vom

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

bis

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

bei als Arzt in Weiterbildung tätig werden.

Der weiterbildende Arzt hat bei der KV Hamburg einen Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in Weiterbildung sowie einen Antrag auf Förderung der Weiterbildung gestellt.

Diesem Bogen werden folgende Unterlagen beigelegt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ein Nachweis über eine Weiterbildungsplanung bzw. der Nachweis über eine sog. Verbundweiterbildung. Ein Muster finden Sie anbei.

Angaben zur Gewährung eines Vorzug bei Vergabe der Förderung

Ich befinde mich bereits im ambulanten Abschnitt meiner Weiterbildung zum Facharzt.

ja nein

Die in der Weiterbildungsordnung am Krankenhaus abzuleistenden oder ableistbaren Weiterbildungszeiten habe ich bereits absolviert. Der Nachweis hierüber gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg wurde erbracht (Weiterbildungsplan siehe Seite 6).

ja nein

Die Weiterbildung findet in einem Verbund aus Vertragsarztpraxen und Krankenhäusern statt.

ja nein

Erklärung des Arztes in Weiterbildung

- Ich verpflichte mich, dass ich den Weiterbildungsabschnitt in der weiterbildenden Praxis als Teil meiner fachärztlichen Weiterbildung im Gebiet _____ nutzen werde
- Ich bestätige, dass ich der KVH einen Nachweis über die Weiterbildungsplanung bzw. Verbundweiterbildung (Weiterbildungsplan) vorlegen werde.
- Ich bestätige, dass ich beabsichtige nach der Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich tätig zu sein.
- Ich bestätige, dass ich die Weiterbildung zum Facharzt für _____ absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde.
- Ich verpflichte mich, bei Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit die KV Hamburg zu informieren.
- Ich reiche bei Bedarf eine Formale Zeitenbestätigung nach.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Name in Druckbuchstaben