Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Team Sicherstellungsverfahren
Postfach 10 02 28
79121 Freiburg

Absender/Stempel

Team Sicherstellungsverfahren | weiterbildung@kvbawue.de

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung

im Übergang bis zum Fachgespräch und der im Anschluss geplanten Kooperation aufgrund der derzeit geltenden Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Hinweise zur Bearbeitung

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie, den Antrag **vollständig auszufüllen** und alle **erforderlichen Unterlagen** dem Antrag beizulegen. Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten Antrag **per E-Mail** an weiterbildung@kvbawue.de ODER **per Post** ein. Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

Bitte beachten Sie auch, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist.

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- ☐ Anlage zum Antrag (siehe Anlage 1)
- ☐ Approbationsurkunde/Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung/Facharztanerkennung (falls vorhanden) des Arztes in Weiterbildung (in Kopie)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung

im Übergang bis zum Fachgespräch und der im Anschluss geplanten Kooperation aufgrund der derzeit geltenden Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung.

Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ

LANR des Antragstellers oder des ärztlichen Leiters des MVZ _____ (LANR (Arztnummer))

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Facharztbezeichnung _____ Telefon _____

Arzt, dem der Arzt in Weiterbildung zugeordnet wird:

○ dem Antragsteller persönlich ○ folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt

LANR des Arztes, dem der Arzt in Weiterbildung zugeordnet wird _____ (LANR (Arztnummer))

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Arzt in Weiterbildung:

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ (TTMMJJJJ) Geburtsort _____

für die Zeit von _____ (TTMMJJJJ) bis _____ (TTMMJJJJ) Arbeitszeit _____ (Stunden pro Woche)

E-Mail _____ Telefon _____

Angestrebtes Fachgebiet/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

Der Weiterbildende hat sich vor Beginn des Beschäftigungsverhältnisses davon zu überzeugen, dass der Arzt in Weiterbildung über eine Approbation oder eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Bundesärzteordnung – bezogen auf die Tätigkeit in dieser Weiterbildungsstätte – verfügt.

Nach § 19 Absatz 1 Satz 3 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen Ärzte die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeitern der zuständigen Bezirksärztekammer anzeigen. Der ärztliche Mitarbeiter muss sich selbst bei der zuständigen Bezirksärztekammer anmelden.

Bisher wurden folgende Weiterbildungsabschnitte und Beschäftigungszeiten seit dem Staatsexamen vom Arzt in Weiterbildung abgeleistet (um Rückfragen zu vermeiden, bitte auch Fehlzeiten, wie z. B. Mutterschutz, Elternzeit angeben). Bitte beachten: Angabe des Beschäftigungsumfangs und genauer Beschäftigungszeitraum TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ notwendig.

Praxis/Klinik/ sonst. Einrichtung	**Im Gebiet**	**von**	**bis**	**Vollzeit**	**Teilzeit in %**

Diese Beschäftigung dient der Übergangsphase nach Erreichen der erforderlichen Mindestweiterbildungszeiten bis zur fachärztlichen Prüfung vor der Bezirksärztekammer, sowie der Anbahnung einer geplanten Kooperation, welche vom zuständigen Zulassungsausschuss zu genehmigen ist.

Sie dient nicht zur Vergrößerung des Praxisumfanges. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus übernehme ich die im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses von Ärzten in Weiterbildung einschlägigen Verpflichtungen als Arbeitgeber.

Dies schließt auch die Zahlung eines regelmäßigen Arbeitsentgelts unter Berücksichtigung der von der Landesärztekammer beschlossenen Grundsätze zur „angemessenen Vergütung“ ein. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/Ärztlichen Leiters

Datenschutzhinweis für den Arzt in Weiterbildung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag verarbeitet.

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Anlage 1

zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung im Übergang bis zum Fachgespräch und der im Anschluss geplanten Kooperation bzw. Zulassung

Erklärung

1. Hiermit erklären die Unterzeichner, dass nach erfolgreich abgelegtem Facharztgespräch

Zutreffendes bitte ankreuzen.

☐ im Hinblick auf eine geplante Gründung oder Erweiterung einer Berufsausübungsgemeinschaft (mit oder ohne Leistungsbegrenzung)

☐ im Rahmen einer geplanten Praxisübergabe

☐ im Hinblick auf eine geplante Anstellung (mit oder ohne Leistungsbegrenzung) geplant ist.

2. Uns ist bekannt, dass aus dem Umstand der Erteilung einer Genehmigung kein Rechtsanspruch auf eine spätere Zulassung des Arztes in Weiterbildung bzw. den Erhalt einer Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes oder zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft abgeleitet werden kann.

Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ

Titel	Name	Vorname

Arzt in Weiterbildung

Titel	Name	Vorname

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes/ ärztlichen Leiters MVZ

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung