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 I *weiterbildung@kvbawue.de*

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinien der KV 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 darum, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen dem Antrag beizufügen.

Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten **Antrag** und die dazugehörigen **Anlagen 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:

☐ Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung/Facharztanerkennung (falls vorhanden) der Assistenten (in Kopie)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten.

Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ

LANR des Antragstellers oder des ärztlichen Leiters des MVZ _____ LANR (lebenslange Arzt-Nr.)

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Facharztbezeichnung _____

Telefonnummer des Antragsstellers für Rückfragen: _____

Der beantragte Assistent soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

☐ dem Antragsteller persönlich

☐ folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt

LANR des Arztes, dem der Assistent zugeordnet wird _____ LANR

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Assistent

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ TTMMJJJJ _____ Geburtsort

E-Mail _____ Telefon _____

für die Zeit von _____ TTMMJJJJ bis _____ TTMMJJJJ

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

☐ ganztags ☐ halbtags ☐ _____ Stunden/Woche

☐ **Ausbildung zur Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung**

☐ **Ausbildung zum Erwerb der Approbation (ohne Kenntnisprüfung)**

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

Die Tätigkeit darf nicht meiner persönlichen Entlastung oder Praxisvergrößerung dienen.

Ein vorzeitiges Ausscheiden des Assistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus übernehme ich die im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses einschlägigen Verpflichtungen als Arbeitgeber. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Assistenten eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Achtung: Nach Erhalt der Approbation ist im Falle einer Weiterbeschäftigung **unverzüglich ein** entsprechender Antrag **bei der KVBW zu stellen!**

Ort, Datum	Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/Ärztlichen Leiters

Datenschutzhinweis für den Assistenten:

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.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KVBW meine E-Mail-Adresse nutzt, um mir Informationen zur vertragsärztlichen Tätigkeit sowie zu geplanten Beratungs- und Nachwuchsformaten zuzusenden. Diese Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Die von mir angegebene E-Mail-Adresse wird ausschließlich für die oben genannten Zwecke verwendet und eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dadurch Nachteile entstehen. Die Speicherung der E-Mail-Adresse erfolgt bis zu meinem Widerruf längstens 15 Jahre.

Ort, Datum	Unterschrift des Assistenten