

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung Sicherstellung
Sachgebiet Sicherstellung
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Team Sicherstellung/Assistenten | Telefon 0711 7875 3111 | Fax 0711 7875 4839 00 | weiterbildung@kvbawue.de

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinien der KV Baden-Württemberg

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 (Arzt-Nr.)

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

Titel Name Vorname

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

Straße, Nr. PLZ Ort

Facharztbezeichnung

Der beantragte Assistent soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

- dem Antragsteller persönlich
- folgendem 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 Geburtsort

für die Zeit von bis

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.

Bisher wurden folgende Weiterbildungsabschnitte und Beschäftigungszeiten in einem der Europäischen Union angehörenden Land, EWR-Staat, Schweiz oder einem Drittstaat ausgeübt (um Rückfragen zu vermeiden bitte auch Fehlzeiten, wie z. B. Elternzeit angeben). Alternativ besteht die Möglichkeit, uns einen aktuellen Lebenslauf (bitte beachten: Angabe des Beschäftigungsumfangs und genauer Beschäftigungszeitraum TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ notwendig) oder entsprechende Zeugniskopien des Assistenten beizufügen.

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

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. Dies schließt auch die Zahlung eines regelmäßigen Arbeitsentgelts ein. 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Assistenten

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

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