

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich
Zulassung/Sicherstellung
Sachgebiet 2.1
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3880 | Fax 0711 7875-483930 | zielundzukunft@kvbawue.de

Antrag auf Förderung der Beschäftigung eines Arztes¹ zur Hospitation

zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

Hiermit beantrage/n ich/wir

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Facharzt für	LANR	zugelassen seit

ggf. Kooperationspartner

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Facharzt für	LANR	zugelassen seit

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (m/w/d).

Korrespondenz-Adresse des Ansprechpartners

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Straße		Hausnummer
_____	_____	_____
Stadt/Gemeinde		Postleitzahl
_____	_____	_____
E-Mail		Telefon

eine Förderung zur Beschäftigung eines Arztes zur Hospitation in meiner/unserer

Hauptbetriebsstätte **oder** Nebenbetriebsstätte

_____	_____
BSNR	
_____	_____
Straße	Hausnummer
_____	_____
Stadt/Gemeinde	Postleitzahl

mit einem wöchentlichen Stundenumfang von _____ Stunden

für die Zeit (maximal ein Monat) von _____ bis _____

Der Hospitant wird folgendem Arzt zugeordnet:

- dem Antragsteller persönlich
- folgendem, beim Antragsteller tätigen, Arzt:

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname/n
_____	_____	_____
Facharzt für	LANR	zugelassen seit

- Angestellter Arzt in o.g. Einzelpraxis/ Berufsausübungsgemeinschaft/ MVZ
- Vertragsarzt im o. g. MVZ
- Angestellter Arzt im o. g. MVZ

Die Wochenarbeitszeit des Angestellten beträgt _____ Stunden

Datenschutzhinweis

Zum Zwecke der Antragsprüfung und Bearbeitung sowie zur Bearbeitung des Förderverfahrens erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet die KVBW persönliche Daten. Die Abgabe der Einwilligungserklärung erfolgt dabei freiwillig und auf Basis der zur Verfügung gestellten Informationen zu Inhalt, Umfang und Zweck im Sinne der geltenden Datenschutzvorschriften. Es stehen Ihnen sämtlich Rechte entsprechend der geltenden DSGVO zu. Wir dürfen hierzu auf die „Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft“ www.kvbawue.de/pdf3675 hinweisen. Diese Informationen sind über die Homepage abrufbar und werden Ihnen auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt. Durch Ihre Unterschrift wird die untenstehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Bestandteil des vorliegenden Antrags.

Online-Evaluation

Gemäß § 7 Abs. 5 der ZuZ-Richtlinie sollen der Antragssteller nach der Hospitation und der Arzt zur Hospitation vor und nach Abschluss der Hospitation jeweils einen Evaluationsbogen ausfüllen und zurücksenden. Diese wird per E-Mail über einen Link zugesandt und die Daten anschließend anonymisiert ausgewertet, um das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ kontinuierlich weiterentwickeln zu können. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit einer Teilnahme an der Evaluation einverstanden und stimmen der anonymisierten Nutzung Ihrer Daten für die Evaluation zu.

Allgemeine Hinweise

- Hospitieren kann nur, wer noch keine geförderte Hospitation in einer vertragsärztlichen Praxis durchgeführt hat und in den letzten zwölf Monaten vor dem geplanten Beginn der Hospitation weder als Sicherstellungsassistent, Weiterbildungsassistent, ärztlicher Angestellter oder genehmigter Praxisvertreter noch anderweitig selbst vertragsärztlich tätig war.
- Die Förderung eines Arztes zur Hospitation setzt die Vorlage einer deutschen Approbationsurkunde in Kopie, einer abgeschlossenen Facharztanerkennung in Kopie und die Eignung im Sinne der Ärzte-ZV voraus.
- Die Hospitation ist in einer haus- oder fachärztlichen Praxis mit unmittelbarem Patientenkontakt im Gebiet der KVBW möglich.
- Die Hospitation kann mit einem Betrag in Höhe von maximal 2.500 Euro gefördert werden.
- Die Förderung dient dazu, den zeitlichen Aufwand für die Betreuung des Arztes zur Hospitation abzugelten und erfolgt nach Tätigkeitsaufnahme des Arztes zur Hospitation auf das Vertragsarztkonto.
- Eine rückwirkende Förderung (Antragsstellung nach Aufnahme der Tätigkeit) ist gem. § 2 Abs. 2 der ZuZ-Richtlinie ausgeschlossen.

Erklärung

Ich versichere, die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Auf Verlangen der KVBW verpflichte ich mich, weitere Informationen zur Verfügung zu stellen, sofern diese für eine Entscheidung über den Antrag erforderlich sind. Ferner verpflichte ich mich, sämtliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Gewährung oder Höhe der finanziellen Förderung haben könnten, der KVBW unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass die Bewilligung der Förderung widerrufen wird, sofern die für die Bewilligungsentscheidung ursächlichen Angaben unrichtig waren oder die Bewilligungsvoraussetzungen nachträglich entfallen. In diesem Falle besteht die Verpflichtung zur anteiligen oder vollständigen Rückzahlung der bereits gewährten Förderung. Dies gilt ebenfalls, sofern die gewährte Förderung nicht für den mit der Fördermaßnahme verbundenen Förderzweck verwendet wird. Mir ist bewusst, dass im Falle der vorzeitigen Aufgabe der Hospitation ein anteiliger Rückzahlungsanspruch seitens der KVBW besteht. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung besteht nicht.

Ferner bestätige ich mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme der

- Förderbedingungen (ZuZ-Richtlinie) der KVBW in ihrer jeweils geltenden Fassung,
- allgemeinen Hinweise zur Antragstellung und Förderung,
- Informationen über die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten bei der KVBW sowie die „Hinweise der KVBW zum Datenschutz bei einer Antragstellung im Rahmen des Förderprogramms Ziel und Zukunft“.

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur entsprechenden Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der Daten.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligungen zur Prüfung des Antrags notwendig sind.

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

Datum

Ort

Unterschrift Praxisinhaber oder ärztl. Leiter

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

Datum

Ort

ggf. Unterschrift Kooperationspartner

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

Datum

Ort

Unterschrift Arzt zur Hospitation

Checkliste

Dem Antrag müssen folgende Unterlagen in Kopie beigelegt werden:

- Approbationsurkunde des Arztes zur Hospitation
- Facharztanerkennung des Arztes zur Hospitation
- Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung