

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhastr. 11
72770 Reutlingen

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V um anerkennungsfähige Fehlzeiten

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

Form fields for applicant: Titel, Vorname, Nachname, LANR (Arzt-Nr.), Name der Einrichtung, BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? -> weiter auf Seite 2)
diesen Angestellten

Form fields for representative: Titel, Vorname, Nachname, LANR (Arzt-Nr.)

Wohnanschrift:

Form fields for home address: Straße, Nr., PLZ, Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Form fields for practice address: Straße, Nr., PLZ, Ort

- Vertragsarzt/-psychotherapeut in Baden-Württemberg ab/seit
Angestellter Arzt/Psychotherapeut in Baden-Württemberg ab/seit
Ermächtigter Arzt/Psychotherapeut in Baden-Württemberg ab/seit

Vorausgegangene Niederlassung/Anstellung in einem anderen KV-Bereich

Form fields for previous practice: Bitte KV angeben, Datum von, Datum bis (repeated three times)

Grund und Zeitraum der Unterbrechung:

Ruhen der Zulassung: _____

Unterbrechung länger als drei Monate in Folge wegen:

	Datum von	Datum bis
<input type="checkbox"/> Erkrankung	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Elternzeit	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Auslandeinsatz	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Weiterbildung	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Auszeit	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _



Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen, z. B. ein ärztliches Attest, Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung, Bescheid über genehmigten Vertreter.

PLZ

Ort

|_|_|_|_|_|_|_|

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut