



Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung zum Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung setzt die Genehmigung der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit den erforderlichen Nachweisen zukommen.

Bitte beachten Sie, dass alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!

1. Antragsteller

Medizinisches Versorgungszentrum Berufsausübungsgemeinschaft Einzelpraxis

Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) _____

PLZ/ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

2. Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Geschlecht: männlich weiblich divers

Nachname _____

Vorname _____

LANR (falls bereits vorhanden) _____

PLZ/ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

E-Mail _____



3. Nachweise

Für die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung sind die nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. Nachweise vollständig einzureichen:

Weiterbildung im Fachgebiet (lt. Weiterbildungsbefugnis): _____

Facharztprüfung geplant im Fachgebiet: _____

Facharztprüfung geplant nach der Weiterbildungsordnung: 2005 2020

Mitteilung über die Dauer

vom: _____ bis: _____ (TT.MM.JJJJ)

Beschäftigungsumfang: _____ (genaue Stundenzahl)

In der Praxis oder im MVZ ist die weiterbildungsbefugte Ärztin/der weiterbildungsbefugte Arzt zu benennen, dem die Verantwortung für die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung obliegt

Weiterbildungsbefugnis der weiterbildenden Ärztin/des weiterbildenden Arztes

*Die Weiterbildungsbefugnis wird bei der Landesärztekammer Hessen beantragt:
Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152
60314 Frankfurt am Main
Tel: 069 97672-0*

Kopie der Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Arbeitsvertrag/Anstellungsvertrag (TV-Ärzte/VKA)



4. Finanzielle Förderung

Hiermit beantrage ich die finanzielle Förderung eines förderfähigen Weiterbildungsgebietes gemäß der Richtlinie in der aktuellen Version zur Förderung der Weiterbildung für Allgemeinmediziner

Bitte reichen Sie zusätzlich zu den unter Punkt 3 aufgeführten Unterlagen folgende Nachweise ein:

Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

(Für die Antragsstellung muss ausschließlich der Weiterbildungsplan aus unserem Downloadbereich verwendet werden. Der Weiterbildungsplan muss vollständig und lückenlos ausgefüllt sowie von der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung und der weiterbildenden Ärztin/des weiterbildenden Arztes gemäß der Weiterbildungsbefugnis unterschrieben werden.)

Kopie des Personalausweises oder Aufenthaltstitels der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

(Benötigt werden Name, Geburtsdatum, Adresse und Gültigkeitsdatum. Die übrigen Informationen dürfen geschwärzt werden)

Unterschiedene Erklärungen/Datenschutzerklärungen (S. 4-12)

Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätsförderung

Team Förderung Weiterbildung

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt am Main

Tel: 069 24741-7007

Fax: 069 24741-68844

E-Mail: genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de

Für Rückfragen zur **finanziellen Förderung** stehen wir Ihnen unter folgenden Kontaktdaten gerne zur Verfügung.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätsförderung

Team Förderung Weiterbildung

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt am Main

Tel: 069 24741-7050

Fax: 069 24741-68843

E-Mail: foerderung.therapeuten@kvhessen.de



Alle Details zu den Regelungen der finanziellen Förderung finden Sie in der Sicherstellungsrichtlinie der KVH, Kap. 6.5.2 „Förderung der ambulanten Fort- und Weiterbildung für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztliche Psychotherapeuten mit dem Ziel der Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung“.

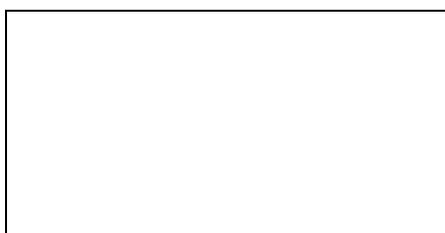
Bitte beachten Sie, dass...

- ...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.**
- ...die Leistungen, die die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Arztes gekennzeichnet werden.**
- ...die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Arzt in Weiterbildung zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift von mindestens einem
Bevollmächtigten der Praxis/ des MVZ



Vertragsarztstempel



Erklärung des für die Vertragsarztpraxis/das MVZ/die BAG Bevollmächtigten

- Sofern wir die geförderte Ärztin/den geförderten Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen der Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in zulässiger Weise beschäftigen, erklären wir hiermit, dass wir die Förderbeträge an die KVH zurückzahlen.
- Wir verpflichten uns, Unterbrechungen der Weiterbildung, insbesondere aus Gründen des Mutterschutzes, der Elternzeit, Betreuungszeit oder der Krankheit der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung als auch Unterbrechungen der Weiterbildung unsererseits unverzüglich an die KVH zu melden.
- Uns ist bekannt, dass wir ein vorzeitiges Ausscheiden der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen haben.
- Wir verpflichten uns, eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der Ärztin in Weiterbildung/dem Arzt in Weiterbildung unverzüglich der KVH mitzuteilen.
- Wir verpflichten uns für den Fall, dass die Weiterbildungsbefugnis des für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständigen Arztes erlischt, zur unverzüglichen Mitteilung gegenüber der KVH
- Wir versichern, dass der für die Weiterbildung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zuständige bei der Vertragsarztpraxis/dem MVZ/der BAG angestellte Arzt in allen Belangen der Weiterbildung weisungsunabhängig ist.
- Wir haben den geforderten Weiterbildungsplan der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift von mindestens einem
Bevollmächtigten der Praxis/ des MVZ



Erklärung des Arztes in Weiterbildung

- Ich verpflichte mich, diesen Weiterbildungsabschnitt in der Praxis/dem MVZ/der BAG als Teil meiner Weiterbildung zum Erwerb der Facharztkompetenz Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu nutzen, diese abzuschließen, an der entsprechenden Prüfung teilzunehmen und den Abschluss gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) nachzuweisen.
- Ich verpflichte mich, dass ich zum Zeitpunkt des Beginns der Förderung der Weiterbildung der KVH alle bislang absolvierten weiterbildungsrelevanten Zeiten mitteile, aus welcher ersichtlich sind, welche Weiterbildungszeiten in der Facharztkompetenz noch abzuleisten sind und, dass der noch abzuleistende Weiterbildungsabschnitt in der Weiterbildungspraxis anerkannt werden kann.
- Ich verpflichte mich, die empfangenen Fördergelder in voller Höhe zurückzuzahlen, wenn ich die Weiterbildung zum Facharzt nicht abschließe.
- Ich verpflichte mich hiermit, bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt, der KVH innerhalb von 3 Monaten die Facharzturkunde zukommen zu lassen.
- Ich verpflichte mich hiermit, bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit, die KVH unverzüglich zu informieren.
- Hiermit erkläre ich meine Absicht, nach der Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Vertragsarzt in Hessen tätig zu sein.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für die Evaluierung benötigten Daten übermittelt werden dürfen. Im Übrigen bleiben die datenschutzrechtlichen Vorgaben unberührt.
- Ich bestätige hiermit, dass ich mich im zweiten Weiterbildungsabschnitt befinde bzw. ich den niedergelassenen Bereich als letzten Abschnitt vor meiner Prüfung anstrebe.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/ Arzt in Weiterbildung