



## **Antrag der Genehmigung zur Beschäftigung einer Assistentin/eines Assistenten zur Erlangung der deutschen Approbation im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

Die Beschäftigung einer Assistentin/eines Assistenten zur Erlangung der deutschen Approbation setzt die Genehmigung der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit den erforderlichen Nachweisen zukommen.

### **1. Antragsteller**

Medizinisches Versorgungszentrum       Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisinhaber/ Einzelpraxis

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR) \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### **2. Assistentin/Assistent zur Erlangung der Approbation**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

**Wir bitten die o.g. Felder vollständig auszufüllen, da nur so eine abschließende Antragsbearbeitung möglich ist.**



### 3. Nachweise

Für die Beschäftigung einer Assistentin/eines Assistenten zur Erlangung der deutschen Approbation sind die nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. Nachweise einzureichen.

- Fachgebiet: \_\_\_\_\_
- Mitteilung über die Dauer:  
vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Beschäftigungsumfang \_\_\_\_\_ (halbtags 20 h/dreiviertel 30 h/ganztags 40 h)
- In der BAG oder im MVZ ist die Ärztin/der Arzt zu benennen, dem die Verantwortung für die Assistentin/den Assistent zur Erlangung der deutschen Approbation obliegt  
  
\_\_\_\_\_
- Arbeitsvertrag/Anstellungsvertrag
- Kopie der Erlaubnis nach §10 der Bundesärzteordnung der Assistentin/des Assistenten
- Kopie des Aufenthaltstitels der Assistentin/des Assistenten
- Kopie des Zusatzblattes zum Aufenthaltstitel der Assistentin/des Assistenten  
(*sofern vorhanden*)



**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 24741-6683  
Fax: 069 24741-68844  
E-Mail: [genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de](mailto:genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de)

**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 Assistentin/der Assistent in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Arztes gekennzeichnet werden.**
- ...die Beschäftigung eines Assistenten 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 Assistent zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.**

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Vertragsarztstempel