WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT
www.kvhessen.de

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Antrag der Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung setzt die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit allen 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/-ort _____

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**

☐ **Facharztprüfung (geschätzt) im MM.JJJJ:**_____

☐ **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 oder Verbundbefugnis 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**

☐ **Kopie des Arbeitsvertrags und ggf. eine Kopie der Arbeitnehmerüberlassung**

Im Rahmen der Verbundweiterbildung (vgl. LÄKH II 8.2 Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung) zusätzlich:
☐ Kopie der Verbundvereinbarung

Im Rahmen der Delegationsweiterbildung (vgl. LÄKH II 8.5 Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung) zusätzlich:
☐ Kopie der Delegationsvereinbarung mit der Angabe der Aufteilung des Beschäftigungsumfangs (Tage/Stunden) je Praxis

Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst allen Unterlagen frühestens sechs Monate vor Beginn der geplanten Beschäftigung an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Abteilung Qualitätsförderung
Team Förderung Weiterbildung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
Tel: 069 24741-7050
E-Mail: 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 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