WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT
www.kvhessen.de

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

E-Mail Fortbildung-Info@kvhessen.de
Fax 069 24741-68836
Telefon 069 24741-7556

Antrag
auf Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung

nach § 95d SGB V um anerkennungsfähige Fehlzeiten

1. Antragsteller

Name, Vorname, ggf. Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

☎ _____ 🖷 _____ 💻 _____

Geburtsdatum: _____

2. Art der Tätigkeit

☐ Vertragsarzt ☐Psychotherapeut in: ☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

☐ Angestellter Arzt/Therapeut

in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

☐ Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

3. Grund und Zeitraum der Unterbrechung:

Die Tätigkeit wurde **länger als drei Monate** unterbrochen von _____ bis_____

Der Ablauf meiner Fortbildungsfrist soll um _____ Monate verlängert werden.

Grund der Unterbrechung:

_____

_____

_____

_____

Bitte übersenden Sie einen entsprechenden Nachweis (z.B. ärztliches Attest, Bescheid über einen genehmigten Vertreter, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Krankentagegeldbescheinigungen, Mitteilung des Arbeitgebers über mindestens dreimonatige Ausfallzeit, Elterngeldbescheid, Geburtsurkunde etc.) aus datenschutzrechtlichen Gründen mit dem Vermerk „vertraulich“ per Post.

……	……	……
Ort, Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.
Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT