



**Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Allgemeinmedizin)**

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 den erforderlichen Nachweisen zukommen.

**1. Antragsteller**

Medizinisches Versorgungszentrum       Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisinhaber/ Einzelpraxis

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

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

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

Anschrift \_\_\_\_\_

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

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

**2. Arzt/Ärztin in Weiterbildung**

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

Anschrift \_\_\_\_\_

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 Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung sind die nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. Nachweise einzureichen.

➤ Weiterbildung im Fachgebiet: \_\_\_\_\_

➤ Mitteilung über die Dauer:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (bitte nur volle Monate angeben)

und Art der Beschäftigung

\_\_\_\_\_ (halbtags/dreiviertel/ganztags)

➤ In der BAG oder im MVZ ist der weiterbildungsermächtigte Arzt/Ärztin zu benennen, dem die Verantwortung für den Arzt/Ärztin in Weiterbildung obliegt.

\_\_\_\_\_

➤ Kopie der Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

➤ Weiterbildungsermächtigung des beschäftigenden Arztes

Die Weiterbildungsermächtigung wird bei der Landesärztekammer Hessen beantragt.

Landesärztekammer Hessen

Im Vogelsgesang 3

60488 Frankfurt am Main

Tel: 069 97672-0

#### Bei Nicht-EU-Bürgern:

➤ Kopie der Aufenthaltsgenehmigung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

➤ Kopie der Arbeitserlaubnis der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

#### 4. Finanzielle Förderung Allgemeinmedizin

Des Weiteren beantrage ich die finanzielle Förderung in der Allgemeinmedizin

Bitte reichen Sie zusätzlich zu dem unter Punkt 3 aufgeführten Unterlagen folgende Nachweise ein.

- Vorwegentscheidung der Landesärztekammer Hessen der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Hinweis: Vorwegentscheidung darf nicht älter als 3 Monate sein

- Vorwegentscheidung beantragt
- Kopie des Personalausweises der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung
- Arbeitsvertrag / Anstellungsvertrag

**Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätsförderung

Georg-Voigt-Str. 15

60325 Frankfurt am Main

Tel: 069 79502-969

Fax: 069 79502-8824

E-Mail: [genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de](mailto:genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de)

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätsförderung

Georg-Voigt-Str. 15

60325 Frankfurt am Main

Tel: 069 79502-958 und -990

Fax: 069 79502-8922

E-Mail: [foerderung-allgemeinmedizin@kvhessen.de](mailto:foerderung-allgemeinmedizin@kvhessen.de)



Alle Details zu den Regelungen finden Sie im Statut der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ mit Wirkung zum 1. Januar 2010.

**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



Vertragsarztstempel