

**A N T R A G**  
**auf Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung**  
**nach § 95d SGB V um anerkennungsfähige Fehlzeiten**

**I. Angaben zum Antragsteller**

.....  
Name, Vorname, ggf. Titel geb. am

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

- Niederlassung als Vertragsarzt/Psychotherapeut (im Gebiet der KV RLP) ab/seit.....
- Ermächtigter Krankenhausarzt/Psychotherapeut mit Wirkung ab .....
- Angestellter Arzt/Psychotherapeut im MVZ mit Wirkung ab .....
- im MVZ .....
- Angestellter Arzt/Psychotherapeut in Praxis mit Wirkung ab.....
- in der Praxis .....

**II. Grund und Zeitraum der Unterbrechung**

- Unterbrechung der Nachweisfrist bei Ruhen der Zulassung  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Die Tätigkeit wurde **länger als drei Monate** unterbrochen durch:
  - Erkrankung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Elternzeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Auslandseinsatz von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Weiterbildung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Auszeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Sonstiges von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen z.B. durch ein ärztliches Attest, Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung, Bescheid über einen genehmigten Vertreter.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes/ Psychotherapeuten bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt/Psychotherapeut MVZ)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes/Psychotherapeuten