

Kassenärztliche Vereinigung RLP
Hauptverwaltung Mainz
 Isaac-Fulda-Allee 14
 55124 Mainz

FAX: 06131 326152

A N T R A G

auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung in der vertragsärztlichen Versorgung

Antragsteller (Vertragsarzt):	
Vertragsarztnummer	
Titel, Name, Vorname	
Zulassung als	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail	

Ich stelle hiermit den Antrag auf Beschäftigung einer/eines Ärztin/Arztes in Weiterbildung und verpflichte mich, in meiner von der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz anerkannten Weiterbildungspraxis

Frau/Herrn Dr. med. _____

in der Zeit vom _____ bis _____

als Ärztin/Arzt in Weiterbildung zu beschäftigen und ihr/ihm in dieser Zeit für ihre/seine Weiterbildung ausreichend zur Verfügung zu stehen. Außerdem werde ich darauf achten, dass die Beschäftigung der/des Ärztin/Arztes in Weiterbildung nicht zu einer übermäßigen Ausdehnung der Vertragsarztpraxis führt.

Die Weiterbildung dient ausschließlich der Weiterbildung

_____ (bitte Weiterbildungsziel angeben)

Die Weiterbildung wird halbtags ganztags erfolgen.

 Ort, Datum

 Unterschrift/Praxisstempel

BITTE ZURÜCKSENDEN AN:

Kassenärztliche Vereinigung RLP
Hauptverwaltung Mainz
 Isaac-Fulda-Allee 14
 55124 Mainz

FAX: 06131 326152

ERKLÄRUNG

(vom Arzt/Ärztin in Weiterbildung auszufüllen)

Titel, Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Approbation vom
PLZ, Ort	Promotion vom
Telefon	
Mobil	
E-Mail	

Ich versichere, dass meine Tätigkeit vom _____ bis _____

bei Frau/Herrn Dr. med. _____

ausschließlich der Weiterbildung zum

Facharzt für _____ dient.

Die Weiterbildung wird

halbtags

ganztags

erfolgen.

Nach meinem Kenntnisstand fehlen mir noch folgende Weiterbildungszeiten:

Monate	Fachgebiet

Ich habe im Rahmen meiner Weiterbildung für die Anerkennung zum/zur **Facharzt/Fachärztin für** _____
 bereits folgende auf die Weiterbildung anrechenbare Zeiten absolviert (Nachweise einschließlich Kopie der Approbationsurkunde beifügen):

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate			

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate			

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate			

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate			

- Ich werde die fünfjährige Weiterbildung nach der seit 1999 geltenden Weiterbildungsordnung abschließen
- Ich werde die fünfjährige Weiterbildung nach der seit 2006 geltenden Weiterbildungsordnung abschließen
- Ich werde die fünfjährige Weiterbildung nach der neuen seit 2011 geltenden Weiterbildungsordnung abschließen

 Ort, Datum

 Unterschrift des Arztes/Ärztin in Weiterbildung

Erforderliche Antragsunterlagen

Der Antragsteller hat die nachfolgend aufgeführten Anträge bzw. Nachweise bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz bei Antragstellung einzureichen:

Vom weiterbildungsbefugten Arzt:

- Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung
- Nachweis über die Weiterbildungsbefugnis

Vom Arzt in Weiterbildung:

- Erklärung (Anlage 2)
- Zeugnisse über die bisher abgeleiteten Weiterbildungsabschnitte in Kopie
- Ggf. Kopie der Facharztanerkennung
- Deutsche Approbationsurkunde oder Berufserlaubnis in Kopie