

KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung  
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben  
Fax 06131 326-327

Stempel

## Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung und finanzielle Förderung der fachärztlichen Weiterbildung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

---

Betriebsstättennummer des Antragstellers

Lebenslange Arztnummer des Antragstellers

---

Titel, Vorname, Name

---

Zulassung als

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

Telefax

---

E-Mail

Gemäß der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Richtlinie über die finanzielle Förderung der fachärztlichen Weiterbildung stelle ich den Antrag auf finanzielle Förderung und verpflichte mich, in meiner von der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz anerkannten Weiterbildungspraxis

---

Titel, Vorname, Name (des Arztes in Weiterbildung)

---

im Fachgebiet (bitte Weiterbildungsziel angeben)

in der Zeit

---

von – bis

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

Die Weiterbildung wird mit

- mindestens 20 Stunden (50 %)
- mindestens 29 Stunden (75 %)
- mindestens 38,5 Stunden (100 %)

erfolgen.

### **Folgende erforderliche Unterlagen sind diesem Antrag beigefügt:**

- Anlage 1 – Anerkennung der Weiterbildungsrichtlinie
- Weiterbildungsbefugnis als Kopie
- Anlage 2 – Erklärung des Arztes in Weiterbildung
- Lebenslauf des Arztes in Weiterbildung
- Arbeitsvertrag gemäß der Richtlinie
- Deutsche Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung als Kopie
- Bei im Ausland absolvierten Zeiten zwingend** eine Bescheinigung als Kopie der zuständigen Ärztekammer aus der ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten noch abzuleisten sind. In allen anderen Fällen ist eine solche Bescheinigung nur auf Aufforderung der KV RLP vorzulegen.
- Zeugnisse der bereits geleisteten Weiterbildungsabschnitte des Arztes in Weiterbildung als Kopie

Hinweis: Falls ein Weiterbildungszeugnis noch nicht erteilt wurde, ist eine Beschäftigungsbestätigung, welche folgende Eckpunkte enthält, vorzulegen:

- Angabe des genauen Zeitraumes der Beschäftigung (auch Angabe von eventuellen Mutterschutz- und Elternzeiten, längeren Krankheitsausfällen, etc.)
- Angabe über die Wochenarbeitszeit
- Angabe des Fachgebietes
- Angabe über die Befugnis des zur Weiterbildung befugten Arztes

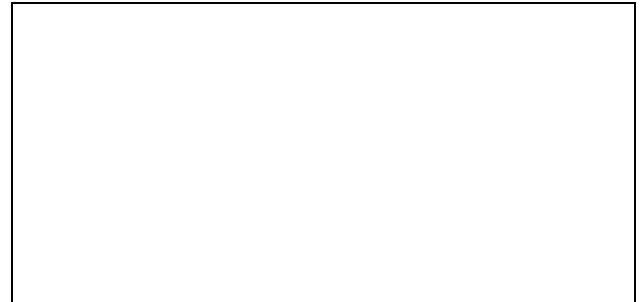
---

Datum

Unterschrift

### **Hinweis**

- Eine Entscheidung über Ihren Antrag ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen vollständig und rechtzeitig (mindestens vier Wochen) vor Beginn der Tätigkeit des Arztes in Weiterbildung vorliegen.



Stempel

## Anlage 1 – Förderung der fachärztlichen Weiterbildung durch die KV RLP

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

- Ich versichere die derzeit gültige Richtlinie der KV RLP zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung (Stand 1. Januar 2018) einzuhalten.
- Die geforderte Mindestvergütung (§ 5 Absatz 3) zahle ich an den Arzt in Weiterbildung. Tritt der Arzt in Weiterbildung die Stelle nicht an oder beendet er seine Weiterbildung vorzeitig, so teile ich dies unverzüglich und in schriftlicher Form der KV RLP mit.
- Bereits ausgezahlte Beträge für Zeiten, in denen ein Arzt in Weiterbildung nicht mehr beschäftigt wird, zahle ich unverzüglich an die KV RLP zurück.
- Mir ist insbesondere bekannt, dass die bereits ausgezahlten Förderbeträge vom Antragsteller/Weiterbilder zurückzahlen sind, wenn die Weiterbildung vor Ablauf eines anererkennungsfähigen Abschnittes abgebrochen wird (§ 8 Absatz 1).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften aller zur Weiterbildung befugten Ärzte

Abteilung Sicherstellung  
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben  
Fax 06131 326-327

## Anlage 2 – Förderung der fachärztlichen Weiterbildung Erklärung → vom Arzt in Weiterbildung auszufüllen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

---

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum

---

Straße Approbation vom

---

PLZ, Ort Promotion vom

---

Telefon Facharztanerkennung vom

---

Mobil

---

E-Mail

Ich versichere, dass meine Tätigkeit in der Zeit

---

von bis

bei

---

Titel, Vorname, Name

ausschließlich der Weiterbildung im Fachgebiet

---

(bitte Weiterbildungsziel angeben)

dient.

Die Weiterbildung wird in

Vollzeit mit mindestens 38,5 Stunden (100 Prozent)

Teilzeit mit mindestens 29 Stunden (75 Prozent)

Teilzeit mit mindestens 20 Stunden (50 Prozent)

erfolgen.

Ich werde die Weiterbildung nach der

seit 1999 geltenden WBO

seit 2006 geltenden WBO

seit 2011 geltenden WBO

abschließen.

Nach meinem Kenntnisstand fehlen mir noch folgende Weiterbildungszeiten:

---

Monate

---

Fachgebiet

---

Monate

---

Fachgebiet

---

Monate

---

Fachgebiet

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

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit + Fachgebiet + ganztags oder Teilzeit (Angabe in %)
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe bereits finanzielle Förderung erhalten:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit + Fachgebiet + ganztags oder Teilzeit (Angabe in %)
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe bereits finanzielle Förderung erhalten:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit + Fachgebiet + ganztags oder Teilzeit (Angabe in %)
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe bereits finanzielle Förderung erhalten:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate

von	bis	Arzt / Krankenhaus	Art der Tätigkeit + Fachgebiet + ganztags oder Teilzeit (Angabe in %)
War der weiterbildende Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe bereits finanzielle Förderung erhalten:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate

- Ich verpflichte mich, nach Abschluss der Prüfung zum Facharzt für

---

(bitte angeben)

die zuletzt zuständige KV RLP zu informieren.

- Ich erkläre die vorgeschriebene Weiterbildungszeit zum oben genannten Facharzt zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
- Ich erkläre meine Absicht nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Facharzt im oben genannten Gebiet tätig zu werden.

---

Datum

---

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung