FORMULAR

KV RLP I HV MAINZ I POSTFACH 2567 I 55015 MAINZ

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax 06131 326-327
E-Mail: weiterbildung@kv-rlp.de

Stempel

Antrag auf Genehmigung für die Beschäftigung im Rahmen der Weiterbildung – ohne finanzielle Förderung

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

Ich stelle den Antrag auf Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung 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 bei einer Arbeitszeit von _____ Stunden wöchentlich erfolgen.

Hinweis:
Bei der Berechnung des prozentualen Beschäftigungsumfangs wird eine Vollzeitbeschäftigung von 38,5 Stunden wöchentlich zugrunde gelegt. Die Weiterbildung muss mit mindestens 20 Stunden wöchentlich erfolgen.

Folgende erforderliche Unterlagen sind diesem Antrag beigefügt:

☐ Weiterbildungsbefugnis als Kopie

☐ Lebenslauf des Arztes in Weiterbildung

☐ Deutsche Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung als Kopie

☐ Zeugnisse der bereits geleisteten Weiterbildungsabschnitte des Arztes in Weiterbildung als Kopien

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

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Vertragsarztes

Sofern der Unterzeichner nicht der Weiterbilder ist:

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift aller zur Weiterbildung befugten Ärzte

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.

KV RLP I HV MAINZ I POSTFACH 2567 I 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax 06131 326-327
E-Mail: weiterbildung@kv-rlp.de

KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

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

Ich versichere, dass meine Tätigkeit

_____

von – bis

bei

_____

Titel, Vorname, Name

ausschließlich der Weiterbildung zum Facharzt für:

_____

dient.

Die Weiterbildung wird bei einer Arbeitszeit von _____ Stunden wöchentlich erfolgen.

Hinweis:
Bei der Berechnung des prozentualen Beschäftigungsumfangs wird eine Vollzeitbeschäftigung von 38,5 Stunden wöchentlich zugrunde gelegt. Die Weiterbildung muss mit mindestens 20 Stunden wöchentlich erfolgen.

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? ☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ nein			Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate

Ich werde die Weiterbildung nach der

☐ seit 1999 geltenden Weiterbildungsordnung

☐ seit 2006 geltenden Weiterbildungsordnung

☐ neuen seit 2011 geltenden Weiterbildungsordnung

☐ seit 2022 geltenden Weiterbildungsordnung

abschließen.

Nach meinem Kenntnisstand fehlen mir noch folgende Weiterbildungszeiten:

_____ _____
Monate Fachgebiet

_____ _____
Monate Fachgebiet

_____ _____
Monate Fachgebiet

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Arztes in Weiterbildung