

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

Stempel

Antrag auf Genehmigung der Tätigkeit als Assistent zum Kennenlernen und zur Einarbeitung in der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (Assistenten-Richtlinie)

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

BSNR des Antragstellers

Titel, Vorname, Name

Facharztanerkennung | Richtlinienverfahren

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

■ Ich stelle hiermit den Antrag

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Facharztanerkennung | Richtlinienverfahren

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

in der Zeit

mit

von – bis

Wochenarbeitszeit in Stunden

beschäftigen zu dürfen.

Die Beschäftigung erfolgt:

- im Rahmen einer Kennenlernphase nach § 7 Abs. 1 Assistenten-Richtlinie, da eine Übernahme/Kooperation/Anstellung in meiner/unserer Praxis geplant ist (Anlage 1)
- zur Einarbeitung durch Weiterbeschäftigung des abgebenden Praxisinhabers nach erfolgter Übergabe der Praxis gemäß § 7 Abs. 2 Assistenten-Richtlinie

Datum

Unterschrift des/der Antragsteller

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigelegt:

- Facharztanerkennung des anzustellenden Arztes | Anerkennung nach der Psychotherapeutenrichtlinie (entfällt, wenn bereits ein Eintrag in das Arztregister der KV RLP erfolgt ist)

Zusätzlich bei Anstellung im Rahmen einer Kennenlernphase

- Anlage 1 – Absichtserklärung

Hinweise:

- Eine Entscheidung über Ihren Antrag ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen vollständig und rechtzeitig (mindestens vier Wochen) vor Beginn der Tätigkeit des Arztes vorliegen.
- Der Name des Assistenten muss – zusätzlich zum Praxisstempel – auf Rezepten und Verordnungen kenntlich gemacht werden.
- Die Abrechnung des angestellten Arztes erfolgt unter der lebenslangen Arztnummer (LANR) des antragstellenden Arztes.

Anlage 1

Absichtserklärung zur späteren Übernahme, Kooperation oder Anstellung

Die Anstellung des Assistenten erfolgt für bis zu sechs Monaten zum gegenseitigen Kennenlernen. Nach Ende der Kennenlernphase soll eine

- Anstellung
- Kooperation
- Niederlassung

erfolgen.

Ich/wir versichere(n) mit meiner/unserer Unterschrift, dass eine Anstellung/Kooperation/Niederlassung nach Ende der Beschäftigungszeit/Kennenlernphase geplant ist.

Datum

Unterschrift des anzustellenden Arztes

Datum

Stempel | Unterschrift(en) des/der Praxisinhaber(s) bei geplanter Kooperation/Anstellung