

■ FORMULAR

KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ



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

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 LANR zur Abrechnung

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