■ **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 zur Beschäftigung eines Arztes nach Absolvierung der für ein Fachgespräch erforderlichen Weiterbildungszeiten bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses in der vertragsärztlichen Versorgung (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

Zulassung als

Straße

PLZ, Ort

Telefon | Telefax

E-Mail

■ Ich stelle hiermit den Antrag

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon | Telefax

E-Mail

in der Zeit

von – bis (längstens für sechs Monate)	wöchentliche Arbeitszeit

bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses beschäftigen zu dürfen.

Datum	Unterschrift des Antragstellers

Folgendes ist dem Antrag beigefügt:

☐ Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über die Anmeldung zum Facharztgespräch (ist nachzureichen, sofern noch nicht vorhanden)

Hinweise:

- Eine Entscheidung über den 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 vor Zulassung durch den Zulassungsausschuss erfolgt unter der LANR des antragstellenden Arztes.
- Die Genehmigung des Assistenten erfolgt bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses oder für längstens sechs Monate.

Anlage 1
Absichtserklärung zur späteren Übernahme, Kooperation oder Anstellung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Absicht, dass eine Kooperation oder Niederlassung in Rheinland-Pfalz nach Ablegen der Facharztprüfung und Zulassung geplant ist.

Datum	Unterschrift des anzustellenden Arztes
Datum	Unterschrift(en) des/der Praxisinhaber(s) bei geplanter Kooperation