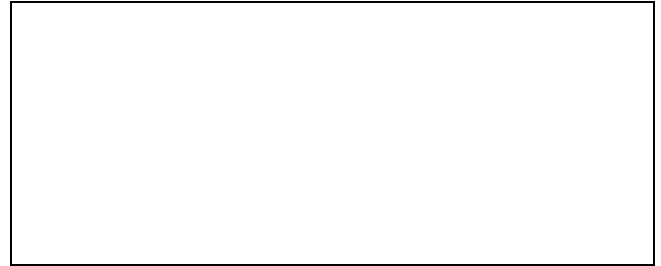


KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ

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



Stempel

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

Betriebsstättennummer der antragstellenden Person

LANR zur Abrechnung

Titel, Vorname, Name

Zulassung als

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Gemäß der Richtlinie zur Förderung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung stelle ich den Antrag auf Förderung und verpflichte mich, in meiner anerkannten Weiterbildungspraxis

Titel, Vorname, Name (der weiterzubildenden Person)

im Gebiet (bitte Weiterbildungsziel angeben)

in der Zeit

von – bis

als weiterzubildende Person zu beschäftigen und in dieser Zeit für die Weiterbildung ausreichend zur Verfügung zu stehen. Außerdem werde ich darauf achten, dass die Beschäftigung der weiterzubildenden Person nicht zu einer übermäßigen Ausdehnung des Praxisumfanges führt. Die Beschäftigung dient ausschließlich der Weiterbildung.

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

Hinweis:

Bei der Berechnung des prozentualen Beschäftigungsumfanges 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:

- Anlage 1 – Anerkennung der Richtlinie
- Weiterbildungsbefugnis als Kopie
- Anlage 2 – Erklärung der weiterzubildenden Person
- Lebenslauf der weiterzubildenden Person
- Arbeitsvertrag gemäß der Richtlinie
- Deutsche Approbationsurkunde der weiterzubildenden Person als Kopie
- Bei im Ausland absolvierten Zeiten zwingend** eine Bescheinigung als Kopie der zuständigen Kammer 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 der weiterzubildenden Person 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 der weiterbildungsbefugten Person

Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Sofern die antragstellende Person nicht weiterbildungsbefugt ist:

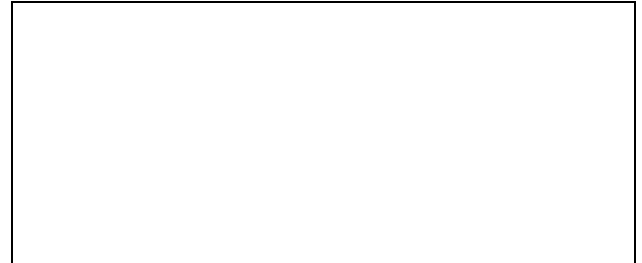
Datum

Unterschrift aller weiterbildungsbefugten Personen

Hinweis

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

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



Stempel

Anlage 1 – Förderung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung durch die KV RLP

- Ich versichere die derzeit gültige Richtlinie der KV RLP zur Förderung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung durch die KV RLP einzuhalten.
- Die geforderte Mindestvergütung zahle ich an die weiterzubildende Person. Tritt die weiterzubildende Person die Stelle nicht an oder beendet die Weiterbildung vorzeitig, so teile ich dies unverzüglich und in schriftlicher Form der KV RLP mit.
- Bereits ausgezahlte Beträge für Zeiten, in denen die weiterzubildende Person nicht mehr beschäftigt wird, werden von der KV RLP zurückgefordert.

_____ Datum

_____ Unterschriften aller weiterbildungsbefugten Personen

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

Anlage 2 – Förderung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung

Erklärung → von der weiterzubildenden Person auszufüllen

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum

Straße Approbation vom

PLZ, Ort Promotion vom

Telefon ggf. Facharztanerkennung vom

Mobil

E-Mail

Ich versichere, dass meine Tätigkeit in der Zeit

von bis

bei

Titel, Vorname, Name

ausschließlich der Weiterbildung im Gebiet

(bitte Weiterbildungsziel angeben)

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 werde die Weiterbildung nach der

seit 2006 geltenden WBO für Ärztinnen und Ärzte

seit 2022 geltenden WBO für Ärztinnen und Ärzte

seit 2023 geltenden WBO für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
abschließen.

Nach meinem Kenntnisstand fehlen mir noch folgende Weiterbildungszeiten:

Monate

Gebiet

Monate

Gebiet

Monate

Gebiet

Ich habe im Rahmen meiner Weiterbildung für die Anerkennung im Gebiet _____ bereits folgende auf die Weiterbildung anrechenbare Zeiten absolviert (Nachweise einschließlich Kopie der Approbationsurkunde beifügen):

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

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

von	Bis	Weiterbildungsstätte	Art der Tätigkeit + Gebiet + ganztags oder Teilzeit (Angabe in %)
War die weiterbildende Person durch die Kammer befugt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate
Ich habe bereits finanzielle Förderung erhalten:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, für welchen Zeitraum?

von	Bis	Weiterbildungsstätte	Art der Tätigkeit + Gebiet + ganztags oder Teilzeit (Angabe in %)
War die weiterbildende Person durch die Kammer befugt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, für welchen Zeitraum? Monate
Ich habe bereits finanzielle Förderung erhalten:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, für welchen Zeitraum?

- Ich verpflichte mich, nach Abschluss der Prüfung im Gebiet

(bitte angeben)

die KV RLP zu informieren.

- Ich erkläre die vorgeschriebene Weiterbildungszeit im oben genannten Gebiet zu absolvieren und an dem entsprechenden Fachgespräch teilzunehmen.
- Ich erkläre meine Absicht nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit im oben genannten Gebiet tätig zu werden.

Datum

Unterschrift der weiterzubildenden Person