

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

Stempel

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Assistenz zum Kennenlernen und zur Einarbeitung in der vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (Assistenz-Richtlinie)

1. Antragstellende / Antragstellender

- Medizinisches Versorgungszentrum Berufsausübungsgemeinschaft Einzelpraxis

Betriebsstättennummer (BSNR)

Ärztliche Leitung / bevollmächtigte Person

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

2. Assistenz

Geschlecht männlich weiblich divers

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Die beantragte Assistenz soll wie folgt zugeordnet werden:

- der oder dem Antragstellenden persönlich
- folgender Vertragsärztin / Vertragspsychotherapeutin / folgendem Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut:

Titel / Vorname / Name

Fachrichtung

Die Assistenz soll beschäftigt werden

für die Zeit

mit

ab – bis (TT.MM.JJJJ)

Wochenstunden

■ Die Beschäftigung erfolgt

- im Rahmen einer Kennenlernphase** nach § 7 Abs. 1 Assistenz-Richtlinie, da eine Übernahme / Kooperation / Anstellung in meiner Praxis geplant ist (Anlage 1)
- die Facharztanerkennung der Assistenz / Anerkennung nach der Psychotherapeutenrichtlinie ist dem Antrag beigefügt
(entfällt, wenn bereits ein Eintrag in das Arztregister der KV RLP erfolgt ist)
- die Anlage 1 – Absichtserklärung ist dem Antrag beigefügt
- zur **Einarbeitung** durch Weiterbeschäftigung des abgebenden Praxisinhabers **nach erfolgter Übergabe** der Praxis gemäß § 7 Abs. 2 Assistenz-Richtlinie

■ Ich bestätige,

- im zeitlichen Zusammenhang mit diesem Antrag keine weiteren Anträge auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Assistenz (zum Beispiel Entlastungsassistenz aufgrund von Kindererziehungszeiten) gestellt zu haben.
- dass unter dem oder der Anstellenden derzeit keine weitere Assistenz (zum Beispiel Entlastungsassistenz aufgrund von Kindererziehungszeiten) beschäftigt ist.

Ort / Datum

Unterschrift der / des Antragstellenden

Hinweise:

- Eine Entscheidung über Ihren Antrag ist nur möglich, wenn die Antragsunterlagen vollständig und rechtzeitig (mindestens vier Wochen) vor Beginn der Tätigkeit der Assistenz vorliegen.
- Der Name der Assistenz muss – zusätzlich zum Praxisstempel – auf Rezepten und Verordnungen kenntlich gemacht werden.
- Die von der Assistenz erbrachten Leistungen sind unter der lebenslangen Arztnummer der zugeordneten Ärztin oder des zugeordneten Arztes abzurechnen.

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.

Wir versichern mit unserer Unterschrift, dass eine Anstellung / Kooperation / Niederlassung nach Ende der Beschäftigungszeit / Kennenlernphase geplant ist.

Ort / Datum

Unterschrift der / des Antragstellenden

Ort / Datum

Unterschrift der Assistenz