

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

Stempel

## Antrag auf Genehmigung für die Beschäftigung und finanzielle Förderung zum Zweck der Beschäftigung als Assistenz mit Berufserlaubnis

### 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 folgenden Ärztinnen / Ärzten zugeordnet werden:

der oder dem Antragstellenden persönlich

folgenden Ärztinnen / Ärzten:

---

Titel / Vorname / Name Fachgebiet

---

Titel / Vorname / Name Fachgebiet

---

Titel / Vorname / Name Fachgebiet

Die Assistenz soll beschäftigt werden

für die Zeit

mit

---

von – bis (TT.MM.JJJJ)

---

Wochenstunden

---

im Gebiet

■ **Folgende erforderliche Unterlagen sind diesem Antrag beigelegt:**

Anlage 1 – Anerkennung der Richtlinie

Berufserlaubnis nach § 10 Absätze 1 bis 3 der Bundesärzteordnung (BÄO)

Arbeitsvertrag gemäß der Richtlinie, aus dem das zu zahlende Bruttogehalt an die Assistenz hervorgeht

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der antragstellenden Person

Sofern die antragstellende Person nicht die ausbildende Person ist:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift aller ausbildenden Personen

Ich versichere, dass meine Tätigkeit in der Zeit ausschließlich der Tätigkeit als Assistenz zum Zweck der Ausbildung in Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung dient.

Ich verpflichte mich, nach Abschluss der Kenntnisprüfung die KV RLP zu informieren.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Assistenz

### **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.
- Die von der Assistenz erbrachten Leistungen sind unter der lebenslangen Arztnummer der zugeordneten Ärztin oder des zugeordneten Arztes abzurechnen.
- Nach Erhalt der Approbation ist im Falle einer Weiterbeschäftigung unverzüglich ein entsprechender Antrag bei der KV RLP zu stellen.

# **Anlage 1**

## **Antrag auf Genehmigung für die Beschäftigung und finanzielle Förderung zum Zweck der Beschäftigung als Assistenz mit Berufserlaubnis**

- Ich versichere die derzeit gültige Assistenz- und Strukturfonds-Richtlinie der KV RLP einzuhalten.
- Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Bruttogehalt der Ärztin oder des Arztes in muss als Anteil der Vergütung in voller Höhe weitergereicht werden.
- Tritt die Assistenz die Stelle nicht an oder beendet die Tätigkeit vorzeitig, so teile ich dies unverzüglich und in schriftlicher Form der KV RLP mit.
- Bereits ausgezahlte Beträge für Zeiten, in denen die Assistenz nicht mehr beschäftigt wird, werden von der KV RLP zurückgefordert.

---

Datum

---

Unterschriften aller ausbildenden Personen