

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Team Sicherstellungsverfahren
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Team Sicherstellungsverfahren | weiterbildung@kvbawue.de

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinien der KV Baden-Württemberg

!!Hinweise zur Bearbeitung!!

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus. Das dient nicht nur der besseren Lesbarkeit, sondern Sie erhalten zudem weitere Ausfüllhinweise.

Um eine Bearbeitung seitens der KVBW gewährleisten zu können und diese nicht zu verzögern, bitten wir Sie darum, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen dem Antrag beizulegen. Bitte reichen Sie den Antrag per Post ODER über weiterbildung@kvbawue.de ein und sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

Bitte beachten Sie auch, dass eine rückwirkende Genehmigungserteilung nicht möglich ist.

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung/Facharztanerkennung (falls vorhanden) der Assistenten (in Kopie)

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten.

Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ

LANR des Antragstellers oder des ärztlichen Leiters des MVZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR (lebenslange Arzt-Nr.)

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Facharztbezeichnung

Telefonnummer des Antragsstellers für Rückfragen: _____

Der beantragte Assistent soll folgendem Arzt zugeordnet werden:

- dem Antragsteller persönlich
- folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt

LANR des Arztes, dem der Assistent zugeordnet wird

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

Titel

Name

Vorname

Assistent

Titel

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

Geburtsort

für die Zeit von

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TTMMJJJJ

Rückwirkende Genehmigungen sind ausgeschlossen. Maßgeblich ist das Eingangsdatum des vollständigen Antrages bei der KVBW.

ganztags

halbtags

_____ Stunden/Woche

Ausbildung zur Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung

Ausbildung zum Erwerb der Approbation (ohne Kenntnisprüfung)

Der Vertragsarzt hat sich vor Beginn des Beschäftigungsverhältnisses davon zu überzeugen, dass der Assistent über eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Bundesärzteordnung – bezogen auf die Tätigkeit in dieser Weiterbildungsstätte – verfügt.

Die Tätigkeit darf nicht meiner persönlichen Entlastung oder Praxisvergrößerung dienen.

Ein vorzeitiges Ausscheiden des Assistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus übernehme ich die im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses einschlägigen Verpflichtungen als Arbeitgeber. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Assistenten eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Achtung: Nach Erhalt der Approbation ist im Falle einer Weiterbeschäftigung unverzüglich ein entsprechender Antrag bei der KVBW zu stellen!

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/Ärztlichen Leiters

Datenschutzhinweis für den Assistenten:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt, speichert und entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Assistenten