

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 Arztes in Weiterbildung

Hinweise zur Bearbeitung

Bitte speichern Sie sich diesen Antrag auf Ihrem Computer ab und füllen ihn anschließend am Computer aus.

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 **beizufügen**. Bitte reichen Sie den unterschriebenen und eingescannten **Antrag** und die dazugehörigen Anlagen **per E-Mail** an weiterbildung@kvbawue.de ODER **per Post** ein. Sehen Sie bitte von doppelten Übermittlungen ab. Diese können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen.

Checkliste

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen zwingend beizufügen:

- Approbationsurkunde/Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung/Facharztanerkennung (falls vorhanden) des Arztes in Weiterbildung (in Kopie)
- Weiterbildungsbefugnis (in Kopie)
- Antrag auf Förderung Arzt in Weiterbildung unter Weiterbildungsförderung | KVBW (www.kvbawue.de/pdf4763), falls Ihre Fachgruppe zu den förderfähigen Fachgruppen zählt

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinien der KV Baden-Württemberg

Hiermit beantrage ich die **Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung.**

Antragsteller und Anschrift der Praxis oder des MVZ:

LANR des Antragstellers oder des ärztlichen Leiters des MVZ

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

LANR (Arzt Nummer)

Titel	Name	Vorname		
Straße, Nr.			PLZ	Ort
Facharztbezeichnung				

Arzt, dem der Arzt in Weiterbildung zugeordnet wird:

- dem Antragsteller persönlich
- folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt (wenn der Arzt in Weiterbildung mehreren Ärzten zugeordnet wird, bitte alle nennen und eine Kopie der Weiterbildungsbefugnis der einzelnen Ärzte beilegen)

Titel	Name	Vorname	LANR (Arzt Nummer)
Titel	Name	Vorname	LANR (Arzt Nummer)
Titel	Name	Vorname	LANR (Arzt Nummer)
Titel	Name	Vorname	LANR (Arzt Nummer)

Wird der Arzt in Weiterbildung mehreren Ärzten, die bei Ihnen tätig sind, zugeordnet werden, können Sie uns deren Daten, wie oben angegeben, auf einem separaten Blatt beilegen. Bitte denken Sie daran für alle genannten Weiterbilder die aktuellen Weiterbildungsbefugnisse vorzulegen.

Arzt in Weiterbildung:

_____	_____	_____																	
Titel	Name	Vorname																	
_____	_____	_____																	
Straße, Nr.	PLZ	Ort																	
E-Mail-Adresse _____																			
Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="8">TTMMJJJJ</td></tr></table>									TTMMJJJJ								Geburtsort	_____
TTMMJJJJ																			

Beschäftigungszeitraum – bitte beide Daten einfügen!

für die Zeit von

TTMMJJJJ							

 bis

TTMMJJJJ							

Beachten Sie: Das Startdatum darf nicht in der Vergangenheit liegen.

Beschäftigungsumfang:

- ganztags (ab 38,5 Std.) _____ Stunden/Woche (mind. 12 Stunden/ Woche)

_____	_____
Auf dem Fachgebiet/Schwerpunktbezeichnung/Zusatzbezeichnung	für den Weiterbildungsabschnitt
Weiterbildungsordnung, nach der die Weiterbildung absolviert wird	<input type="radio"/> WBO 2006 <input type="radio"/> WBO 2020

Eine Weiterbildungsbefugnis wurde von der zuständigen Bezirksärztekammer für _____ Monate erteilt.

Bitte fügen Sie die Weiterbildungsbefugnis in Kopie dem Antrag bei.

(soweit erforderlich)

- In der Facharztweiterbildung zum ärztlichen Psychotherapeuten für die nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung erforderlichen Langzeittherapien und die dazu notwendigen Stundenkontingente sind erbracht.**

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

Nach § 19 Absatz 1 Satz 3 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen Ärzte die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeitern der zuständigen Bezirksärztekammer anzeigen. Der ärztliche Mitarbeiter muss sich selbst bei der zuständigen Bezirksärztekammer anmelden.

Mir ist bekannt, dass die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nur während anrechnungsfähiger Weiterbildungsabschnitte zulässig ist. Die Tätigkeit soll dem Zweck der Weiterbildung und nicht zu meiner persönlichen Entlastung oder Praxisvergrößerung dienen. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus übernehme ich die im Rahmen des Weiterbildungsverhältnisses einschlägigen Verpflichtungen als Arbeitgeber.

Dies schließt auch die Zahlung eines regelmäßigen Arbeitsentgelts unter Berücksichtigung der von der Landesärztekammer beschlossenen Grundsätze zur „angemessenen Vergütung“ ein. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Praxisinhabers/Ärztlichen Leiters

Datenschutzhinweis für den Arzt in Weiterbildung:

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.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KVBW meine E-Mail-Adresse nutzt, um mir Informationen zur vertragsärztlichen Tätigkeit sowie zu geplanten Beratungs- und Nachwuchsformaten zuzusenden. Diese Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Die von mir angegebene E-Mail-Adresse wird ausschließlich für die oben genannten Zwecke verwendet und eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dadurch Nachteile entstehen. Die Speicherung der E-Mail-Adresse erfolgt bis zu meinem Widerruf längstens 15 Jahre.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung