

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhastr. 11  
72770 Reutlingen

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V um anerkennungsfähige Fehlzeiten

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**

_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

**Antragstellung für:**

- für mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- für diese/n Angestellte/n

_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

**Wohnanschrift:**

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

**Anschrift Praxis/Krankenhaus:**

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

- Vertragsarzt/-psychotherapeut in Baden-Württemberg ab/seit \_\_\_\_\_
- Angestellter Arzt/Psychotherapeut in Baden-Württemberg ab/seit \_\_\_\_\_
- Ermächtigter Arzt/Psychotherapeut in Baden-Württemberg ab/seit \_\_\_\_\_

**Vorausgegangene Niederlassung/Anstellung in einem anderen KV-Bereich**

_____	_____	_____
Bitte KV angeben	Datum von	Datum bis
_____	_____	_____
Bitte KV angeben	Datum von	Datum bis
_____	_____	_____
Bitte KV angeben	Datum von	Datum bis

## Grund und Zeitraum der Unterbrechung:

Ruhen der Zulassung: \_\_\_\_\_

Unterbrechung länger als drei Monate in Folge wegen:

	Datum von	Datum bis
<input type="checkbox"/> Erkrankung		
<input type="checkbox"/> Elternzeit		
<input type="checkbox"/> Auslandseinsatz		
<input type="checkbox"/> Weiterbildung		
<input type="checkbox"/> Auszeit		
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen, z. B. ein ärztliches Attest, Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung, Bescheid über genehmigten Vertreter.

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

|| | | | | | | | | |  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut