

Antrag auf Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung

Hiermit beantrage ich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt die Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung gemäß § 32 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Name, Vorname
des Praxisinhabers:

Praxisanschrift:

Name Vorname
d. Arztes in Weiterbildung:

Gebiet bzw. Bereich
der Weiterbildung:

Dauer der Beschäftigung: von:

bis:

Vollbeschäftigung:

Teilzeitweiterbildung:

Erklärung:

Mit ist der Inhalt des § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) bekannt. Mir ist insbesondere bekannt, dass die Beschäftigung eines Arztes nur aus Gründen der Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann; die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist erforderlich. Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Beschäftigung eines Arztes nicht oder nicht mehr begründet ist. Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn in der Person des Arztes Gründe liegen, welche beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Einzureichende Unterlagen:

- Weiterbildungsbefugnis des Antragstellers
- Original oder beglaubigte Kopie Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung
- Kopie Promotionsurkunde (wenn vorhanden)

Erklärungen des Weiterbildungsassistenten zum Antrag auf Förderung der Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung

1. Verpflichtung, die geförderte Weiterbeschäftigung als Teil der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen

Hiermit verpflichte ich mich, den in der Praxis von

(Name des weiterbildenden Vertragsarztes)

abzuleistenden Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen.

2. Verpflichtung zur Vorlage einer Aufstellung der erhaltenen Fördermittel

Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses mit der unter 1. benannten Praxis werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Auflistung der an mich gezahlten Förderbeträge vorlegen.

3. Verpflichtung, zum Jahresbeginn die KV über Weiterbildungsinhalte zu unterrichten

Hiermit verpflichte ich mich, der zuletzt für die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung jeweils zu Beginn eines Jahres eine schriftliche Mitteilung über die Inhalte der Weiterbildungsabschnitte des letzten Jahres zu übersenden.

4. Wahrnehmung der Weiterbildung und Teilnahme an der Facharztprüfung

Ich erkläre hiermit, die für die Förderung erforderliche Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.

5. Verpflichtung, Resultat der Facharztprüfung der KV anzuzeigen

Ich verpflichte mich, die zuletzt für die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zuständige Kassenärztliche Vereinigung über den Abschluss der Prüfung zum FA für Allgemeinmedizin/FA für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zu informieren.

6. Absicht, als Hausarzt tätig zu werden

Ich beabsichtige, nach dem Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) tätig zu werden.

7. Erklärung über Hinderungsgründe

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Rauschgift oder Trunksucht unterziehen musste und dass keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines ärztlichen Berufs entgegenstehen.

8. Anzeigepflicht bei Niederlassung als Hausarzt

Der zuletzt für meine Förderung in der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werde ich anzeigen, wenn ich vertragsärztlich tätig werde. Die Anzeige wird den Zeitpunkt und den Planungsbereich umfassen.

9. Teilnahmebereitschaft an KV-Informationsveranstaltungen

Ich erkläre mich bereit, einmal im Quartal an einem Werktag an einer Informationsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt teilzunehmen.

(Name, Titel des Arztes in Weiterbildung; Telefon/Handy)

(Straße des Hauptwohnsitzes)

(PLZ und Gemeinde des Hauptwohnsitzes)

....., den

Unterschrift

Erklärung des weiterbildenden Vertragsarztes und des Arztes in Weiterbildung

zur Datenspeicherung, -verarbeitung und –weitergabe

Wir stimmen der Datenspeicherung, Datenverarbeitung und der Übermittlung von Förderdaten an die in der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung genannten Stellen zu dem in diesem Vertrag genannten Zweck, insbesondere gemäß § 8 des genannten Vertrages, zu.

....., den

Unterschrift/Vertragsarzt

....., den

Unterschrift/Arzt in Weiterbildung

Ärztammer Sachsen-Anhalt
Landesgeschäftsstelle
Abteilung Weiterbildung
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin

hier: Antrag auf Anerkennung bisher abgeleiteter Tätigkeitsabschnitte
als Weiterbildung

Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit als Weiterbildung

zur Erlangung der **Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin** gemäß der Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt vom 16.04.2005 (5 Jahre Weiterbildung, *80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung* gemäß § 4 Abs. 8 WBO)

zur Erlangung der **Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin** gemäß der Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt (WBO) vom 16.04.2005 in der Fassung vom 01.01.2011 (5 Jahre Weiterbildung, *80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung* gemäß § 4 Abs. 8 WBO)

zur Erlangung der **Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin**
im Rahmen des Quereinstiegs (zeitlich begrenzte Sonderregelung
für Fachärzte in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung)

Als Nachweis füge ich meine Weiterbildungszeugnisse im Original oder als beglaubigte Kopie bei.

(bei noch fehlenden Nachweisen, bitte die Weiterbildungsabschnitte mit Angabe des Weiterbilders, der Weiterbildungsstätte und einer ggf. absolvierten Teilzeitweiterbildung (Stunden/Woche) formlos aufführen;

Quereinsteiger bitte nur die allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschnitte formlos aufführen).

Mit der Weiterleitung meiner Daten zum Stand der Weiterbildung
an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt erkläre ich mich einverstanden.

Name, Vorname

Unterschrift

Ort, Datum

Anlage



Koordinierungsstelle
für die Weiterbildung von
Fachärzten in der Allgemeinmedizin

Geschäftsstelle
Ärztchammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Tel.-Nr.: 0391 6054-7650
Fax-Nr.: 0391 6054-7000
E-Mail : kosta@aeksa.de

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Tel.-Nr.: 0391 627-6454
Fax-Nr.: 0391 627-8459
E-Mail: Claudia.Hahne@kvsa.de

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA) und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) haben mit dem Ziel der engagierten Förderung und Unterstützung des ärztlichen Nachwuchses in der Allgemeinmedizin auf Grundlage der bundesweit geltenden "Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung" eine Landeskoordinierungsstelle (KOSTA) gebildet. Die Geschäftsstelle der KOSTA ist bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt angesiedelt.

Die KVSA ist nach oben angegebener Vereinbarung zuständig für die Antragsbearbeitung, Bewilligung und Auszahlung von Fördermitteln, wie auch für die Vergabe der „lebenslangen“ Arztnummer für die Ärzte in Weiterbildung (LANR) für den ambulanten und stationären Bereich. Für eine reibungslose und möglichst unbürokratische Aufgabenerfüllung mit dem Ziel der effektiven Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Sachsen-Anhalt ist der Austausch von personenbezogenen Daten zwischen der Geschäftsstelle der KOSTA und der KVSA notwendig.

Wir bitten deshalb um Ihre Zustimmung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten wie folgt:

**Datenschutzrechtliches Einverständnis
betreffend die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin**

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

Email-Adresse:

Telefon:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle der KOSTA bei der ÄKSA einschließlich ihrer Regionalverantwortlichen und der KVSA nachfolgend aufgeführte meine Person betreffende Daten zum Zweck der Aufgabenerledigung im Rahmen der Förderung der Weiterbildung untereinander austauschen.

- Name, Vorname
- Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer, Email-Adresse) **Bitte nicht ausfüllen.**
- Weiterbildungsstätte
 - o Weiterbildungsbefugter Arzt
 - o ggf. Betriebsstättennummer
- Fachgebiet
- Beginn und voraussichtliches Ende der Weiterbildung (einschließlich bereits absolvierter Weiterbildungsabschnitte)
- lebenslange Arztnummer (9-stellig)
- ggf. Weiterbildung in Teilzeit – prozentualer Anteil
- Datum der bestandenen Facharztprüfung

Ich kann dieses Einverständnis jederzeit mit sofortiger Wirkung gegenüber der KOSTA bzw. der ÄKSA oder der KVSA widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt in Weiterbildung)

Erklärungen des Vertragsarztes/Antragstellers/Arbeitgebers zum Antrag auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

1. Erklärung über die voraussichtliche Dauer des Weiterbildungsabschnitts

Herr/Frau Dr. Name:

 Anschrift:

wird vom bis

im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin in meiner Praxis tätig werden. (Bitte Kopie des Arbeitsvertrages beifügen).

2. Erklärung des Antragstellers, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abgeführt wurden

Die Fördermittel wurden in voller Höhe an den Weiterzubildenden abgeführt. Mir ist bekannt, dass die Fördermittel als laufender Arbeitslohn, der von dritter Seite gezahlt wird, zu betrachten sind und als solche dem Einkommenssteuergesetz unterliegen.

3. Sofern ich den Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschäftige, bin ich verpflichtet, die erhaltenen Fördermittel an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt zurückzuzahlen. Für diesen Fall bin ich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt den sich ergebenden Rückzahlungsbetrag mit meiner Restzahlung verrechnet.

4. Erklärung, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Aufstellung der ausgezahlten Fördermittel vorzulegen

Ich verpflichte mich, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt am Ende des Weiterbildungsabschnitts/mit Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses einen Nachweis über die an den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge, gegebenenfalls mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zuzusenden.

5. Freistellungsverpflichtung für KV-Informationsveranstaltungen

Ich verpflichte mich, den Arzt in Weiterbildung einmal im Quartal an einem Werktag zum Zweck der Teilnahme an einer Informationsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt freizustellen.

6. Verpflichtung, dem Arzt in Weiterbildung ausreichend Zeit zu widmen und die KV nach Ablauf des geförderten Weiterbildungsabschnitts über Inhalt und Ergebnis der Weiterbildung zu unterrichten

Hiermit verpflichte ich mich, dem Arzt in Weiterbildung

.....
(Name des Arztes in Weiterbildung)

ausreichend Zeit zu widmen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt nach Beendigung der Vertragszeit über den Inhalt und das Ergebnis der Weiterbildung (durch Kopie des Weiterbildungszeugnisses) zu informieren.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des
Antragstellers