

## Einschreibung

Die Kompetenzzentren für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt mit Sitz in Magdeburg und Halle unterstützen eingeschriebene Ärzte in Weiterbildung in der Allgemeinmedizin mit folgenden Angeboten:

- Entwicklung eines individuellen Rotationsplanes für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach persönlichen Bedürfnissen und in Absprache mit der Koordinierungsstelle für Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (KOSTA)
- Fortbildungsveranstaltungen/ begleitendes Seminarprogramm zur Vertiefung und Erweiterung der in den klinisch- praktischen Weiterbildungsabschnitten erworbenen Kompetenzen
- Organisation von Regionaltreffen/ Mentoringgruppen
- .....

Ich schreibe mich hiermit in das nachfolgende Kompetenzzentrum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt ein und erkläre mich bereit, an den Angeboten des Kompetenzzentrums teilzunehmen.

Magdeburg                       Halle

Dazu mache ich folgende Angaben:

### Persönliche Angaben

Frau                       Herr

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Approbationsdatum \_\_\_\_\_

### Aktuelle Weiterbildungsstätte

Ich befinde mich im \_\_\_\_\_ Weiterbildungsjahr.       Ich bin Quereinsteiger\*in.

Aktuelle Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vollzeit                       Teilzeit/Anzahl Wochenstunden \_\_\_\_\_

In der aktuellen Weiterbildungsstätte bin ich tätig seit/von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Bisheriger Verlauf der Weiterbildung**

Dauer (von - bis)	Weiterbildungsstätte	Anzahl Wochenstunden

**Weitere Planung der Weiterbildung**

Folgende Weiterbildungsabschnitte sind zur Erlangung der erforderlichen Mindestweiterbildungszeit und -inhalte noch erforderlich (Anzahl Monate/Gebiet):

---



---



---



---



---



---

Ich bitte um Berücksichtigung folgender Vorstellungen/Wünsche (ggf. konkrete Praxis/Klinik):

---



---

Bevorzugte Region/-en in Sachsen-Anhalt:

---

### Berufliche Planung:

Ich kann mir eine hausärztliche Niederlassung vorstellen.

Ab wann: \_\_\_\_\_

Bevorzugte Region: \_\_\_\_\_

Ich denke über eine Anstellung von .....h / Woche nach.

### Datenschutzrechtliches Einverständnis:

Mir ist bekannt, dass die Kompetenzzentren für Weiterbildung in der Allgemeinmedizin die vorstehenden Angaben speichern und verarbeiten. Die Daten können zur Abstimmung vorhandener Weiterbildungsstellen, Seminarangebote und Mentoringprogramme innerhalb der beiden Kompetenzzentren ausgetauscht werden.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die von mir getätigten Angaben mit der KOSTA, der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt ausgetauscht werden. Dies beinhaltet folgende Daten:

- › Name, Vorname
- › Kontaktadresse
- › E-Mail-Adresse / Telefonnummer
- › Weiterbildungsabschnitte
- › Bereits absolvierte Weiterbildungsabschnitte (Weiterbildungsstätte, Zeitraum, Fachgebiet)
- › ggf. geplante Weiterbildungsabschnitte (Weiterbildungsstätte, Zeitraum, Fachgebiet)

### Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an den Angeboten der Kompetenzzentren Weiterbildung gemäß § 75a SGB V

Ich willige gegenüber dem Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt ein, dass zum Zwecke des Mittelverwendungsnachweises und der Evaluation der Maßnahmen meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den im Folgenden genannten Institutionen und in der im Folgenden beschriebenen Weise ausgetauscht und verarbeitet werden.

Im Rahmen des Mittelverwendungsnachweises sowie der Evaluation werden Daten vom KW erhoben und an die Gemeinsame Einrichtung nach § 12 der Anlage IV der Fördervereinbarung gemäß § 75a SGB V übermittelt, die diese Daten zusammenführt und der KBV und den KVen, dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weitergeleitet.

Die KBV erhält die nachfolgenden Daten in der Funktion als Gesamtevaluator (§ 6 Abs. 6 der Anlage III der Fördervereinbarung gemäß § 75a SGB V), um die personenbezogenen Daten innerhalb von 3, 5 und 10 Jahren mit dem Bundesarztregister abzugleichen und den Anteil der ehemals geförderten Weiterzubildenden im vertragsärztlichen Bereich zu ermitteln.

Dabei handelt es sich um die nachfolgenden Daten:

- › AiW-Nummer, (Stellen 1-7),
- › Fachgruppen-Code (Stellen 8-9),
- › Titel, Vorname, Name, Geburtsname, Geburtsdatum,
- › Anfang des Einschreibzeitraums, Ende des Einschreibzeitraums,
- › Beschäftigungsumfang in %,
- › Anzahl und Unterrichtseinheiten (UE) angemeldeter Begleitseminare,
- › Anzahl und UE tatsächlich teilgenommener Begleitseminare,
- › besuchter Durchführungsstandort der Begleitseminare,
- › Anzahl und UE tatsächlich teilgenommener Mentoring-Angebote,
- › besuchter Durchführungsstandort Mentoring.

Die Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Fördervereinbarung erhält und analysiert zusammengefasste Auswertungen der personenbezogenen Daten. Ihr gehören an: die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband und die Bundesärztekammer (BÄK) an der Lenkungsgruppe beteiligt.

Die „Information zur Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an den Angeboten der Kompetenzzentren Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ habe ich zur Kenntnis genommen.

**Ich bin damit einverstanden, dass das KW die oben genannten Daten an die GE und an die genannten Institutionen übermitteln und diese durch die genannten Institutionen für die genannten Zwecke verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten bei dem Gesamtevaluator der Weiterbildungsförderung (gegenwärtig die KBV) dauert zehn Jahre nach Erhalt der Facharztanerkennung an. Sofern zehn Jahre nach Förderende keine Facharztanerkennung erworben oder nachgewiesen wurde, werden die Daten gelöscht.**

**Mit ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber dem KW jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber dem Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten werden für den Mittelverwendungsnachweis gegenüber den oben genannten Institutionen eingesetzt, sofern diese noch für den Verwendungsnachweis einer Jahresabrechnung benötigt werden. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die beschriebene, turnusmäßige Gesamtevaluation der Weiterbildungsförderung weiterhin zur Verfügung.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Bitte senden Sie Ihre Einschreibung an folgende Adressen zurück:**

**Magdeburg:** [kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@med.ovgu.de](mailto:kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@med.ovgu.de)

Otto-von-Guericke Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg  
oder

**Halle:** [kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@uk-halle.de](mailto:kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@uk-halle.de)

Martin-Luther-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Magdeburger Str. 8, 06112 Halle/Saale