

**Antrag auf Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung**

**Hiermit beantrage ich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt die Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung**

in der Fachrichtung: \_\_\_\_\_

**gemäß § 32 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.**

Name, Vorname des  
Praxisinhabers: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name, Vorname des  
Arztes in Weiterbildung: \_\_\_\_\_

Dauer der Beschäftigung: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Vollbeschäftigung

Teilzeitbeschäftigung im Umfang von: \_\_\_\_\_ Std./Woche

**Erklärung:**

Mir ist der Inhalt des § 32 der Zulassungsordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) bekannt. Mir ist insbesondere bekannt, dass die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nur aus Gründen der Weiterbildung erfolgen kann; die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist erforderlich. Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Beschäftigung des 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.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Original oder Beglaubigung der Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung
- ggf. Promotion des Arztes in Weiterbildung
- Kopie des Arbeitsvertrages
- Kopie der Weiterbildungsbefugnis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Praxisinhaber/MVZ