

Antrag auf Beschäftigung und Förderung der Weiterbildung

Chirurgie und Orthopädie, Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Nervenärzte, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Urologie

Ich beantrage die Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung gemäß § 32 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Name und Anschrift des
Praxisinhabers:

Name, Vorname des Weiterbilders:
(falls abweichend zu obiger Angabe)

Name und Anschrift des
Arztes in Weiterbildung:

Fachgebiet der Weiterbildung:

Dauer der Beschäftigung; von:

_____ bis _____

Vollbeschäftigung

Teilzeitbeschäftigung im Umfang von: _____ Std./Woche

Dauer des Weiterbildungsabschnitts:

_____ bis _____

Erklärungen:

1. 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 KVSA 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.
2. Es wird ausdrücklich auf die Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und die Richtlinien des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Förderung der Weiterbildung verwiesen. Die Inhalte der Richtlinien sind unter www.kvsa.de einsehbar. Sollte eine der Voraussetzungen für eine Förderung nicht oder nicht mehr vorliegen, so wird die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt den der Förderung zugrundeliegenden Verwaltungsakt aufheben und entsprechende Beträge zurückfordern.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigelegt, sofern sie der KVSA noch nicht vorliegen:

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

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Praxisinhabers

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Weiterbilders

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung

Wir beantragen die Förderung der Weiterbildung im Fachgebiet _____
gemäß der Vereinbarung gemäß § 75 a SGB V i.V.m. der durch den Vorstand der KVSA zur Förderung der
Weiterbildung erlassenen Richtlinie unter Bezugnahme auf die im Antrag auf Genehmigung der
Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung gemachten Angaben.

Die Förderung der Weiterbildung wird für folgenden Zeitraum beantragt:

von: _____ bis: _____

Erklärungen des Arztes in Weiterbildung

- 1.** Hiermit verpflichte ich mich, den in der Praxis von _____
abzuleistenden Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung im Fachgebiet _____
zu nutzen und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
- 2. Verpflichtung, Resultat der Facharztprüfungen der KV anzuzeigen**
Ich verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt über den Abschluss der
Prüfung zum Facharzt zu informieren.
- 3. Absicht, vertragsärztlich tätig zu werden**
Ich beabsichtige, nach dem Abschluss der Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich in dem
geförderten Fachgebiet tätig zu sein. Ich werde der KVSA anzeigen, wenn ich vertragsärztlich tätig
werde. Die Anzeige wird den Zeitpunkt und den Planungsbereich umfassen.
- 4. Erklärung der Hinderungsgründe**
Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren
nicht war. Ich musste mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Rauschgift oder
Trunksucht unterziehen und es stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines
ärztlichen Berufes entgegen.
- 5. 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/Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Straße, PLZ, Ort (Hauptwohnsitz) : _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung

Erklärungen des weiterbildenden Arztes 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 gemäß § 75 a SGB V genannten Stellen zu dem in diesem Vertrag genannten Zweck, insbesondere gemäß § 8 des genannten Vertrages zu.

Wir stimmen der Datenspeicherung, Datenverarbeitung und der Übermittlung von Daten zum Weiterbildungsverhältnis und zur Förderung dieses Weiterbildungsverhältnisses zu, soweit diese Daten für die im Vertrag genannten Zwecke, insbesondere gemäß § 9 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung sowie nach Anlage III zu dieser Vereinbarung, zum Zweck von Monitoring und Evaluation benötigt werden.

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt ist berechtigt, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt über das Ergebnis der Facharztprüfung zu informieren.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Weiterbilders

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung

Erklärungen des Arztes in Weiterbildung

Weiterbildungsplanung

Die Weiterbildung gestaltet sich wie folgt:

bisher:

Abschnitt	Dauer	Praxis/Klinik	weiterbildungsbefugter Arzt	Umfang Std./Woche

zukünftig:

Abschnitt	Dauer	Praxis/Klinik	weiterbildungsbefugter Arzt	Umfang Std./Woche

 Ort, Datum

 Stempel, Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung

Erklärungen des weiterbildenden Arztes

- 1. Erklärung, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abgeführt werden.**
Die Fördermittel werden in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung als Bruttoarbeitsentgelt ohne Arbeitgeberanteil 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.
- 2. Sofern ich den Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung gem. § 3 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75 a SGB V 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.**
- 3. 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, mittels Lohnnachweis oder Bescheinigung des Steuerberaters, zuzusenden.
- 4. 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.
- 5. Hiermit verpflichte ich mich, dem Arzt in Weiterbildung ausreichend Zeit zu widmen.**

Beizufügende Unterlagen:

- Kopie des Arbeitsvertrages

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des weiterbildenden Arztes

Antrag auf Förderung der Weiterbildung

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

Antrag auf Anerkennung bisher abgeleiteter Tätigkeitsabschnitte als Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt (WBO)

Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit als Weiterbildung

- Zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Allgemeinchirurgie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- Zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Orthopädie und Unfallchirurgie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Augenheilkunde**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Haut- und Geschlechtskrankheiten**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Kinder- und Jugendmedizin**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Neurologie**
 - gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Physikalische und Rehabilitative Medizin**
- gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020
- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Psychiatrie und Psychotherapie**
- gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020
- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
- gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020
- zur Erlangung der Facharztbezeichnung **Urologie**
- gemäß der WBO vom 01.01.2011
 - gemäß der WBO vom 01.07.2020

Als Nachweis füge ich meine Weiterbildungszeugnisse bzw. Beurteilungen im Original oder als beglaubigte Kopie bei (bei noch fehlenden Nachweisen bitte die Weiterbildungsabschnitte mit Angabe des Weiterbilders und der Weiterbildungsstätte formlos aufführen).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Sachsen-Anhalt nachfolgend aufgeführten, meine Person betreffende, Daten zum Zwecke der Aufgabenerledigung im Rahmen der Förderung der Weiterbildung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitteilt.

- Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
- Fachgebiet
- Beginn und voraussichtliches Ende der Weiterbildung (einschl. bereits absolvierter und anerkannter Weiterbildungsabschnitte)
- ggf. Weiterbildung in Teilzeit (prozentualer Anteil bzw. Anzahl der Stunden/Woche)

Mit der Weiterleitung meiner Daten zum Stand der Weiterbildung und zum Zweck der Mitteilung, welche Weiterbildungszeiten noch abzuleisten sind (§ 3 Abs. 4 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V) an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt erkläre ich mich einverstanden.

Ich kann dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen.

Name, Vorname

Stempel, Unterschrift

Ort, Datum