 <b>KV SAARLAND</b> <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	<b>Antrag auf Zuschuss für die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistenz</b>  Anlage 3 der Richtlinie der KVS „Strukturfonds“ gem. § 105 Abs. 1 a SGB V	Bereich: VHK
		Stand 01.02.2019
		QM-Nr. II.03.1.5
		Seite 1 von 2

## 1. Allgemeine Angaben

Praxis/Gemeinschaftspraxis/MVZ:

BSNR:

--	--

Staaße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon:

Telefax:

--	--

E-Mail:

Ich/Wir möchte/n die o. g. Förderung in Anspruch nehmen:


Ja  Nein

Frau/Herr \_\_\_\_\_, angestellt in/im meiner/unsereer Praxis / Gemein-  
schaftspraxis/MVZ seit \_\_\_\_\_, wird künftig ärztlich angeordnete Hilfeleistungen  
in meinem/unsereem Namen erbringen.

## 2. Fördervoraussetzungen

Ich/wir bestätige/n, dass sie/er folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Sie/er ist mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von **mind. 20 Stunden** in/im meiner/unsereer Praxis/MVZ angestellt.
- Sie/er hat eine Ausbildung zur/zum Arzthelferin/Arzthelfer/Medizinischen Fachangestellten oder Krankenschwester/Krankenpfleger abgeschlossen.

 <b>KV SAARLAND</b> <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	<b>Antrag auf Zuschuss für die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistenz</b>  Anlage 3 der Richtlinie der KVS „Strukturfonds“ gem. § 105 Abs. 1 a SGB V	Bereich: VHK
		Stand 01.02.2019
		QM-Nr. II.03.1.5
		Seite 2 von 2

Sie/er wird nachstehende Zusatzqualifikation erwerben:

Fortbildungscurriculum „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis - VERAH®“ des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V.

Sonstiges:

### 3. Allgemeine Hinweise

Die Auszahlung der Förderung setzt grundsätzlich die Vorlage eines Nachweises einer Fortbildungseinrichtung voraus, aus dem hervorgeht, dass die in Ziffer 2 genannte bzw. eine vergleichbare Zusatzqualifikation durch entsprechende Kursanmeldung angestrebt wird. Der Nachweis

liegt dem Antrag bei  liegt der KVS bereits vor

Die Abrechnungsfähigkeit einer nicht-ärztlichen Praxisassistenz setzt einen Antrag auf Teilnahme an der Delegations-Vereinbarung gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Anlage 8 und Anlage 24 BMV-Ä) voraus und wird **nicht** durch den vorliegenden Antrag erteilt.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Antragsformular zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung

Europaallee 7 – 9  
66113 Saarbrücken

oder: Fax: 0681 99837-490

**Ich/wir versichere/versichern die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel