

	Antrag auf Zuschuss für die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistenz 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.

 KV SAARLAND <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	Antrag auf Zuschuss für die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistenz 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