

 <b>KV SAARLAND</b> <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	<b>Antrag auf Fristverlängerung          Pflicht zur fachlichen Fortbildung          § 95d SGB V</b>	Prozess-Nr. K2.3.3
		Stand: 10.04.2026

**Allgemeiner Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen und beinhaltet keine Wertung.

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Dezernat Versorgung – Fachbereich Qualitätssicherung  
 Europaallee 7 – 9  
 66113 Saarbrücken

**Antrag auf Fristverlängerung für den Nachweis der Pflicht zur fachlichen Fortbildung gemäß § 95d SGB V**

**Antragssteller**

\_\_\_\_\_  
 Titel, Vorname, Nachname LANR

✉ Anschrift

@ E-Mail-Adresse ☎ Telefonnummer

**Tätigkeitsart**

- Ab/Seit: \_\_\_\_\_  niedergelassen  angestellt  ermächtigt  
 Gemeinschaftspraxis  Einzelpraxis  MVZ  Einrichtung

**Grund der Antragsstellung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Mutterschutz/Elternzeit  
 Krankheit

Die Tätigkeit wurde länger als drei Monate unterbrochen von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

**📌 Bitte übersenden Sie einen entsprechenden Nachweis (z.B. ärztliches Attest, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Bescheid über einen genehmigten Vertreter, Mitteilung des Arbeitgebers über mind. dreimonatige Elternzeit, etc.).**

## Sonstiges

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage des § 95 SGB V erhoben und verarbeitet. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Saarland erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: <https://www.kvsaarland.de/datenschutz>.

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel

## Bei angestellten Ärzten:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber/Ärztlicher Leiter MVZ

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel