

Zurück an:
Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Bereich Sicherstellung
Europaallee 7-9
66111 Saarbrücken
Fax: 0681/ 99 837 530

Dem Antrag sind folgende Unterlagen als Kopie hinzugefügt:

- Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung
- Weiterbildungsbefugnis des Antragstellers

Antragsteller¹:

Titel, Vorname, Nachname
oder Bezeichnung des MVZ _____
BSNR: (Betriebsstättennummer) _____
Praxissitz: Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort: _____

Arzt, dem der Arzt in Weiterbildung (AiW) zugeordnet wird:

dem Antragsteller persönlich oder
 folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt
LANR des Arztes, dem der AiW
zugeordnet wird: _____
Titel, Name, Vorname: _____

Weiterbildungsassistent:

Titel, Vorname, Nachname männlich weiblich divers
des Assistenten: _____
Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort: _____
Beschäftigungszeitraum vom : _____ bis: _____
Tätigkeitsumfang: Vollzeit
 Teilzeit 75 %
 Teilzeit 50 %

¹Antragsteller ist der Praxisinhaber; im Falle der gemeinsamen Antragstellung (Berufsausübungsgemeinschaft) nutzen Sie bitte Anlage 1. Antragsteller für Medizinische Versorgungszentren ist der MVZ-Vertretungsberechtigte.

Die Genehmigung soll für die

- Facharztbezeichnung : _____
- Schwerpunktbezeichnung in der : _____
- Zusatzbezeichnung in der: _____
erteilt werden.

Vom Weiterbildungsassistent auszufüllende vollständige Aufstellung über die bisherigen und geplanten bzw. vereinbarten Weiterbildungsabschnitte (inkl. Elternschaftsurlaub, oder Mutterschutzurlaub):

Beginn und Ende der Tätigkeit	Weiterbildungsstätte	Fachrichtung

Auf Aufforderung der KV Saarland ist eine Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer vorzulegen, aus welcher ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten der Arzt in Weiterbildung noch abzuleisten hat.

Hinweis:

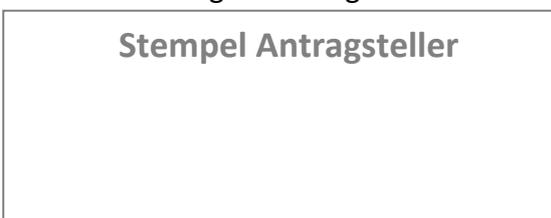
Die Genehmigung der KVS muss **vor** Aufnahme der Beschäftigung vorliegen. Bitte tragen Sie in Ihrem Interesse dafür Sorge, dass der Antrag auf Beschäftigung von Assistenten so zeitnah (etwa **4 – 6 Wochen** vor dem geplanten Beschäftigungsbeginn) gestellt wird, dass eine Entscheidung über diesen Antrag vor Tätigkeitsaufnahme möglich ist.

Die Genehmigung kann grundsätzlich nur für den Zeitraum erteilt werden, den einerseits der Assistent zur Weiterbildung in einem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich bzw. für eine Fachkunde oder eine fakultative Weiterbildung benötigt und der andererseits auch von der Weiterbildungsbefugnis des Vertragsarztes abgedeckt ist.

Beachten Sie bitte, dass die Nichteinhaltung dieser Grundsätze, insbesondere die Beschäftigung von Assistenten ohne die erforderliche vorherige Genehmigung durch die KVS einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt /
MVZ-Vertretungsberechtigter



Anlage 1

Im Fall der gemeinsamen Antragstellung:

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname: _____

LANR: _____

Unterschrift: _____

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname: _____

LANR: _____

Unterschrift: _____

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname: _____

LANR: _____

Unterschrift: _____

Antragsteller:

Titel, Vorname, Nachname: _____

LANR: _____

Unterschrift: _____

Anlage 2

In Austausch bleiben mit der KV Saarland:

(Bitte an die/den Weiterzubildende/n zum Ausfüllen weitergeben)

Seminare und Veranstaltungen für Weiterbildungsassistent:innen im Saarland – Einladung per Mail

Um Sie per Mail über Veranstaltungen/Seminare (zum Beispiel die Informationsveranstaltung für Weiterbildungsassistent:innen) der KV Saarland informieren und Sie hierzu einladen zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

- Ja, ich bin einverstanden. Nein, ich bin nicht einverstanden.

Hinweis: Ihr Einverständnis ist nicht Voraussetzung für die Antragstellung und Genehmigung der Weiterbildung und kann jederzeit durch Sie formlos widerrufen werden.

Freiwilliges Abonnement des KVS Alumni-Mailverteilers und des Newsletters „Befündchen“:

- Ja, ich möchte **das Befündchen abonnieren** (Sie werden per Mail über das Erscheinen unseres Newsletters für Weiterbildungsassistent:innen und alle interessierten Nachwuchsärzt:innen informiert).
- Ja, ich möchte **in den KVS Alumni-Mailverteiler aufgenommen werden** (Sie erhalten per Mail Informationen zu Fördermöglichkeiten und Entwicklungen, Angeboten der KVS und beruflichen Möglichkeiten).

Das Abonnement ist jederzeit kündbar, indem Sie uns formlos per Mail (nachwuchs@kvsaarland.de) oder telefonisch (0681/998370) Bescheid geben.

Die KV Saarland freut sich immer über **Ihre Erfahrungsberichte aus der Praxis**, gerne auch mit Foto/Video. Wenn Sie sich vorstellen können, Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen und uns ein kurzes Interview (evtl. mit Foto/Video) zu geben, würden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Für die Veröffentlichung Ihres Erfahrungsberichts/Ihres Fotos oder Videos werden wir Sie separat um Ihr Einverständnis bitten.

- Ja, die Öffentlichkeitsarbeit der KV Saarland **darf mich** während meiner Weiterbildungszeit unter der von mir angegebenen Rufnummer/ E-Mail-Adresse **kontaktieren**.
- Nein.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Engagement! 😊

Bei Einverständnis/
Abo-Wunsch/Ihrer
Bereitschaft zum
Erfahrungsbericht
bitte einwilligen



Einwilligung Datenverarbeitung:

Ich bin einverstanden, dass die hier von mir angegebene E-Mailadresse/Telefonnummer (personenbezogene Daten) an die KV Saarland übermittelt und von ihr gespeichert wird, sodass die KV Saarland mir E-Mails zu den oben von mir angekreuzten Themen senden/mich kontaktieren kann. Eine Weitergabe der von Ihnen in diesem Formular angegebenen Daten an Dritte erfolgt nicht.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit durch Abmeldung vom Abonnement/Rückzug Ihrer Bereitschaft per Mail (formlos an nachwuchs@kvsaarland.de) oder telefonisch (0681/998370) widerrufen. Ihre Daten werden dann gelöscht. Nähere Hinweise entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter www.kvsaarland.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift **Arzt/Ärztin in Weiterbildung**

