

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Klassisches Arztregister
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel

Fax: 030 / 31 003-311

Dieser Antrag kann nur für Vertragsärzte/ Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeuten/ Vertragspsychotherapeutinnen verwendet werden. Für angestellte Ärzte/ Ärztinnen nutzen Sie bitte den Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Vertretung gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV oder den Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung eines Vertreters für eine nachzubesetzende Arztstelle (gemäß § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV).

Antragsteller*in

(bei angestelltem Arzt oder angestellter Ärztin ist dies der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin, bei einem im MVZ oder BAG tätigen Arzt oder bei einer im MVZ oder BAG tätigen Ärztin ist es eine für das MVZ oder BAG vertretungsberechtigte Person)

Titel, Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer _____

LANR _____

- Ich bin in einer Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassen.
- Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt.

Die Antragstellung erfolgt für

- den*die Antragsteller*in persönlich *oder*
- folgende Person: _____
Titel, Name, Vorname

Zeitraum:

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|
| | | | | | 2 | 0 | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|

 bis:

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|
| | | | | | 2 | 0 | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|

(TTMMJJJJ) (TTMMJJJJ)

Umfang: _____ Stunden in der Woche

Assistenzgrund: (Bitte jeweils einen entsprechenden Nachweis als Kopie beifügen.)

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Kindererziehungszeiten (Geburtsurkunden der unter 18 Jahre alten Kinder notwendig; sollte keine Geburtsurkunde vorliegen, kann kein Antrag eingereicht werden) | | |
| <input type="checkbox"/> | Fortbildung (Bestätigung des Fortbildungsinstituts notwendig) | <input type="checkbox"/> | Wehrübung (Bestätigung der Bundeswehr notwendig) |
| <input type="checkbox"/> | Politische Tätigkeit (Nachweis) | <input type="checkbox"/> | Berufspolitische Tätigkeit (Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> | Krankheit (ärztliches Attest notwendig) | <input type="checkbox"/> | Wissenschaftliche Tätigkeit (Nachweis) |
| <input type="checkbox"/> | Pflege von nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (ärztliche Bescheinigung notwendig) | <input type="checkbox"/> | Unterstützung des Antragstellers durch ehemaligen Praxisinhaber bei der Einarbeitung in den Praxisablauf |
| <input type="checkbox"/> | Ausübung eines Wahlamtes (Benennung des Wahlamtes notwendig) | <input type="checkbox"/> | psychotherapeutische Supervisorentätigkeit (Nachweis) |

| Assistenzen: | Assistenz 1 | Assistenz 2 | Assistenz 3 |
|---|--|--|--|
| Name: | | | |
| Vorname: | | | |
| BSNR/LANR: soweit vorhanden | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Erfolgt die Tätigkeit in der Praxis der zu entlastenden Person? | | | |
| Erfolgt die Tätigkeit in der Praxis der Assistenz? | | | |
| Umfang in Stunden pro Woche: | | | |
| Ist ein Arztregistereintrag bei der KV Berlin vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Falls die Approbationsurkunde und die Fachkunde der Assistenz dem Arztregister noch nicht vorliegen sollten, bitten wir um Zusendung der Kopien.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Die Assistenz darf frühestens erst ab dem Tag tätig werden, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist, soweit dieser kein späteres Datum vorgibt. Die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag in Kopie beizulegen. Die Genehmigung kann in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilt werden, wenn der KV Berlin die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen. Auf der Internetseite der KV Berlin können Sie zum Thema „Vertretung/Assistenz in der Praxis“ ein Dokument mit weitergehenden Informationen finden. („Wichtige Informationen zum Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Entlastungs-/Sicherstellungsassistenten“). Ich (Antragsteller*in und der ggf. beim Antragsteller/ bei der Antragstellerin tätige Arzt/ tätigen Ärztin) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift