



ANTRAG auf Genehmigung der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten



Eingang KV Berlin:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Bereich Weiterbildungsassistenten
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel:

(bei einem angestellten Weiterbilder ist der Antragsteller der Arbeitgeber,
bei einem im MVZ tätigen angestellten Weiterbilder ist der ärztliche Leiter Antragsteller)

Antragsteller/in: _____

Titel, Name, Vorname

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

Die/ Der beantragte Ärztin/ Arzt in Weiterbildung soll folgendem Weiterbilder zugeordnet werden:

- dem Antragsteller persönlich oder/ und dem/ den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt/ Ärzten

Titel, Name, Vorname

Gebietsbezeichnung

Ärztin/ Arzt in Weiterbildung

Titel, Name,
Vorname

Geb. Datum: _____

Anschrift

Die Weiterbildung erfolgt im Gebiet: _____ für den Abschluss: _____

in der Zeit vom _____ bis _____

- in Vollzeit 100% (min. 38,5 Std./Wo.). in Teilzeit 75% (28,875 - 30 Std./Wo.). in Teilzeit 50% (19,25 - 20 Std./Wo.).

Dürfen Genehmigungsinhalte der/ dem Ärztin/ Arzt in Weiterbildung mitgeteilt werden? ja nein

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Internetseite www.kvberlin.de:

>Für die Praxis/ Zulassung/ Anstellung/ Weiterbildungsassistenten

Ort, Datum

Unterschrift **Vertragsarzt / MVZ-Vertretungsberechtigter**

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller angestellten Weiterbilder zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift **Angestellter Arzt**

Folgende Unterlagen sind dem Antrag in Kopie beizufügen:

- | | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vom Weiterbilder: | <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Berlin | <input type="checkbox"/> liegt der KV Berlin bereits vor
<input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei |
| Von der/ dem Ärztin/ Arzt in Weiterbildung: | <ul style="list-style-type: none"> • Approbationsurkunde • aktueller, unterschriebener Lebenslauf • evtl. Facharzturkunde (Kopie) | <input type="checkbox"/> liegt der KV Berlin bereits vor
<input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei
<input type="checkbox"/> liegt der KV Berlin bereits vor
<input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei
<input type="checkbox"/> liegt der KV Berlin bereits vor
<input type="checkbox"/> liegt dem Antrag bei |