



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Arztregister und Bedarfsplanung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

E-Mail: [arztregister@kvberlin.de](mailto:arztregister@kvberlin.de)

**Diese Erklärung kann nur für die Vergangenheit ausgefüllt werden.  
Bei jahresübergreifender Förderung bitte 2x einreichen (bis 31.12./ab 01.01.).**

Hiermit erkläre ich, die von der KV Berlin erhaltenen Fördermittel über den Zeitraum  
vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ in vollem Umfang  
an Frau/Herrn \_\_\_\_\_ (Ärztin/Arzt in Weiterbildung) weitergegeben zu haben.

**Antragsteller** (bei angestelltem Weiterbilder ist dies der Arbeitgeber; im MVZ der ärztl. Leiter)

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Betriebsstättennummer 72 \_\_\_\_\_  
Name der Betriebsstätte \_\_\_\_\_

**Bei erfolgter Entgeltfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit ist die 2. Seite des Formulars vom Steuerbüro ausgefüllt einzureichen. Es erfolgt eine Anpassung des Gesamtförderbetrags.**

Bei Anpassung des Förderbetrags aufgrund erhaltener Erstattung von der Umlagekasse oder Unterbrechung der Beschäftigung bei Krankengeldbezug stimme ich zu, (nichtzutreffendes bitte streichen)

- dass ich den in Höhe der Erstattung zu viel gezahlten Förderbetrag auf untenstehendes Konto an die KV Berlin zurückzahle.
- dass die KV Berlin mein Honorarkonto mit dem entsprechenden Differenzbetrag belastet.

Hiermit wird bestätigt, dass ein **Gesamtbrutto** (Summe der mtl. Bruttobeträge) **für den oben benannten Weiterbildungsabschnitt** i.H.v. € \_\_\_\_\_ an die Ärztin/ den Arzt in Weiterbildung ausgezahlt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Vertragsarzt / MVZ-Vertretungsberechtigter & Praxisstempel**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Arztregister und Bedarfsplanung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

E-Mail: arztregister@kvberlin.de

**Diese Erklärung ist nur für die Vergangenheit auszufüllen, soweit eine Entgeltfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit erfolgte.**

**Steuerbüro des Antragstellers**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Daten des Mandanten (Antragstellender niedergelassener Arzt bzw. MVZ)**

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer **72** \_\_\_\_\_

Name der Betriebsstätte \_\_\_\_\_

**Ärztin/Arzt in Weiterbildung**

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Zeitraum der Beschäftigung** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die regelmäßige Auszahlung des Gehalts an die/den in der Praxis der Mandantschaft angestellte(n) Ärztin/Arzt in Weiterbildung wird bestätigt. Es wurde ein **Gesamtbrutto für den oben benannten Abschnitt**

i.H.v. von € \_\_\_\_\_ an der Ärztin/den Arzt in Weiterbildung ausgezahlt.

Bei erfolgter Entgeltfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit ist eine Kopie der Abrechnung mit der Umlagekasse über die Höhe der Erstattung der Entgeltfortzahlung im Rahmen der U1 (Aufwendungsausgleichsgesetz -AAG) einzureichen.

Eine Kopie der Abrechnung mit der Umlagekasse

- liegt der Erklärung bei.
- liegt der Erklärung nicht bei, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Steuerbüro & Bürostempel**