



## **Antrag der Genehmigung zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

Die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung setzt die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit allen erforderlichen Nachweisen zukommen.

**Bitte beachten Sie, dass alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!**

### **1. Antragsteller**

Medizinisches Versorgungszentrum       Berufsausübungsgemeinschaft       Einzelpraxis

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

Betriebsstättennummer (BSNR) \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### **2. Ärztin/Arzt in Weiterbildung**

Geschlecht: männlich  weiblich  divers

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

LANR (falls bereits vorhanden) \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/-ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_



### 3. Nachweise

Für die Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung sind die nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. Nachweise vollständig einzureichen.

Weiterbildung im Fachgebiet (lt. Weiterbildungsbefugnis): \_\_\_\_\_

Facharztprüfung geplant im Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Facharztprüfung geplant nach der Weiterbildungsordnung:  2005  2020

Facharztprüfung (geschätzt) im MM.JJJJ: \_\_\_\_\_

Mitteilung über die Dauer vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Beschäftigungsumfang: \_\_\_\_\_ (genaue Stundenzahl)

In der Praxis oder im MVZ ist die weiterbildungsbefugte Ärztin/der weiterbildungsbefugte Arzt zu benennen, dem die Verantwortung für die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung obliegt

---

Kopie der Approbationsurkunde der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Kopie des Arbeitsvertrags und ggf. eine Kopie der Arbeitnehmerüberlassung

Nur nach Anforderung der KVH im Einzelfall: Kopie der gültigen Weiterbildungsbefugnis

Im Rahmen der Verbundweiterbildung (vgl. LÄKH II 8.2 Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung) zusätzlich:

Kopie der Verbundvereinbarung

Im Rahmen der Delegationsweiterbildung (vgl. LÄKH II 8.5 Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung) zusätzlich:

Kopie der Delegationsvereinbarung mit der Angabe der Aufteilung des Beschäftigungsumfangs (Tage/Stunden) je Praxis



**Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst allen Unterlagen frühestens sechs Monate vor Beginn der geplanten Beschäftigung an:**

Postadresse:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Abteilung Qualitätsförderung  
Förderung Weiterbildung  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main

KIM-Adresse:

[Weiterbildung@kvhessen.kim.telematik](mailto:Weiterbildung@kvhessen.kim.telematik)

Weitere Kontaktmöglichkeiten:

069 24741-7050

[weiterbildung@kvhessen.de](mailto:weiterbildung@kvhessen.de)

**Bitte beachten Sie, dass...**

...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.

...die Leistungen, die die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des weiterbildenden Arztes gekennzeichnet werden.

...die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Arzt in Weiterbildung zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift von mindestens einem  
Bevollmächtigten der Praxis/ des MVZ



Vertragsarztstempel