



A n t r a g

auf Genehmigung zur Beschäftigung von Assistenten gemäß § 32 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Anschrift der Vertragsarztpraxis:

Name, Vorname:.....

Praxisanschrift:.....

FA für:.....

Tel.:.....

Angaben über den Assistenten:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Approbation:.....

(oder Berufserlaubnis).....

FA für:.....

(zutreffend bei Vertreter)

Anschrift:.....

Ich beantrage die Genehmigung für die Zeit:

vom:.....bis:.....

in ganztägiger

Beschäftigung

ja

nein

Bitte geben Sie an, aus welchem Grund Sie einen Assistenten beschäftigen möchten.

- 1. zwecks Weiterbildung zur Erlangung einer Facharztanerkennung/Schwerpunktanerkennung oder Zusatzbezeichnung
- 2. Ausbildung zur Vorbereitung auf die Kenntnisstandprüfung
- 3. aus gesundheitlichen Gründen
- 4. andere Gründe

Hinweise:

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- eine Bescheinigung des Assistenten bzw. des Krankenhauses aus der hervorgeht, dass er für die betreffende Tätigkeit vom Krankenhaus oder sonstigen Arbeitgeber freigestellt ist.
Sollte der Assistent derzeit in keinem Arbeitsverhältnis stehen, wird eine formlose Erklärung des Assistenten/Vertreters über diesen Sachverhalt benötigt.
- Kopie der Approbationsurkunde des Assistenten
Assistenten, die nicht im Besitz der deutschen Approbation sind, haben der Kassenärztlichen Vereinigung die *Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes im Land Brandenburg* gemäß § 10 der Bundesärzteordnung vorlegen.

zusätzlich:

- zu 1. Kopie der Befugnis zur Weiterbildung der Landesärztekammer Brandenburg
- zu 3. Angaben der Gründe, ggf. Einreichung eines Gesundheitszeugnisses
- zu 4. ausreichende Begründung erforderlich

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(Arztstempel)