



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung/Vertretern gem. § 32 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Antragsteller

Name, Vorname:

Praxisanschrift:
Straße, Hausnummer:

PLZ, Praxisort:

Facharzt für:

Telefon:

Arzt/Ärztin in Weiterbildung / Entlastungsassistent / Vertreter

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Approbation vom:

Berufserlaubnis vom:

Facharzt für:
(bei Entlastungsassistent/Vertreter)

Ich beantrage die Beschäftigung für die Zeit:

von: bis:

ganztägig 20 h/Woche 30 h/Woche h/Woche

Bitte geben Sie an, aus welchem Grund Sie einen Arzt/Ärztin in Weiterbildung/Vertreter beschäftigen möchten.

- zwecks Weiterbildung zur Erlangung einer Facharztanerkennung/Schwerpunktanerkennung oder Zusatzbezeichnung (**Achtung: Approbation zwingend erforderlich!**)
- Ausbildung zur Vorbereitung auf die Kenntnisstandprüfung (**Achtung: Berufserlaubnis erforderlich!**)
- gesundheitliche Gründe
- andere Gründe
-

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Kopie der Befugnis zur Weiterbildung der Landesärztekammer Brandenburg
- Arbeitsvertrag mit dem/der Arzt/Ärztin in Weiterbildung
- 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 über diesen Sachverhalt benötigt.
- Kopie der Approbationsurkunde des Arzt/Ärztin in Weiterbildung/Vertreters/Entlastungsassistenten
- Kopie der Facharzturkunde, falls bereits ein Facharztabschluss vorhanden ist
- Kopie der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes im Land Brandenburg gemäß § 10 der Bundesärzteordnung (Berufserlaubnis) für die Genehmigung der Beschäftigung zur Vorbereitung auf die Kenntnisstandprüfung
- Kopie der Facharztanerkennung des Entlastungsassistenten/Vertreters

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(Arztstempel)