



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Mail: sicherstellung@kvbb.de

Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung einer Entlastungsassistentin/ eines Entlastungsassistenten gem. § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV

Von:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

(TTMMJJJJ)

bis:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

(TTMMJJJJ)

Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent:

Titel, Name(n), Vorname(n): _____

Fachgebiet: _____

Wohnanschrift: _____

Die Beschäftigung erfolgt in einem Umfang von: _____ h/Woche

Grund der Entlastungsassistenz:

- Ich bin aus gesundheitlichen Gründen daran gehindert, meinen vertragsärztlichen Verpflichtungen vollumfänglich nachzukommen.
- Wahrnehmung von Zeiten der Erziehung von Kindern (_____ Jahre alt)
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung
- Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung nach Abschluss der Weiterbildung bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses

Beizufügen sind:

- Kopie Arztregisterauszug** **oder**
- Kopien Approbationsurkunde und Facharztanerkennung**

- Ich versichere, mich davon überzeugt zu haben, dass die Entlastungsassistentin/der Entlastungsassistent die entsprechenden Weiterbildungs- bzw. Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.

Die/Der Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent soll folgendem Arzt/folgender Ärztin zugeordnet werden:

- der Antragstellerin/dem Antragsteller persönlich **oder**
- folgender Ärztin/ folgendem Arzt: _____

Datum

Unterschrift des Ärztlichen Leiters/ Antragstellers

--	--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR

Stempel/Anschrift (bitte lesbar)