

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 PotsdamKörperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Fax: 0331/ 2309383

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): _____

Gebietsbezeichnung(en): _____

Wohnanschrift: _____

Die Beschäftigungsumfang 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 Approbationsurkunde und Kopie Facharztanerkennung oder**
- Kopie Arztregisterauszug**
- Kopie des Arbeitsvertrages bei Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung nach Abschluss der Weiterbildung bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses**

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

Datum_____
Name Antragsteller (Unterschrift)

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

BSNR

Stempel/Anschrift (bitte lesbar)