

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

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

Antragsteller:

Name, Vorname: _____

Weiterbilder: _____
(bei Abweichungen zum Antragsteller z.B. MVZ)

Facharzt für: _____

Praxisanschrift
Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Praxisort: _____

Telefon: _____

Hiermit beantrage ich die Beschäftigung im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Allgemein Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> _____
anderes Fachgebiet | |

Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Zeitraum: vom: _____ bis: _____

Tätigkeitsumfang: ganztägig 20h/Woche 30h/Woche ___ h/Woche

Bitte geben Sie an, aus welchem Grund Sie eine/n Ärztin/Arzt in Weiterbildung beschäftigen möchten:

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

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- § Kopie der Befugnis zur Weiterbildung der Landesärztekammer Brandenburg
- § Arbeitsvertrag mit der/dem Ärztin/Arzt in Weiterbildung
- § Sollte die/der Ärztin/Arzt derzeit in keinem weiteren Arbeitsverhältnis stehen, wird eine formlose Erklärung über diesen Sachverhalt benötigt.
Ansonsten ist eine Bescheinigung der/des Ärztin/Arztes bzw. des Krankenhauses beizufügen, aus der hervorgeht, dass sie/er für die betreffende Tätigkeit vom Krankenhaus oder sonstigen Arbeitgeber freigestellt ist.
- § Kopie der Approbationsurkunde der/des Ärztin/Arztes in Weiterbildung
- § 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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des Antragstellers