

**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<br>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"/> _____<br>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