



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Sicherstellung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

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

Antragsteller/in

Name, Vorname:

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

Praxisanschrift:
Straße, Hausnummer:

PLZ, Praxisort:

Facharzt für:

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 | |

Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

vom: bis:

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

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

- zwecks Weiterbildung zur Erlangung einer Facharztanerkennung/Schwerpunktanerkennung oder Zusatzbezeichnung (**Achtung: Approbation zwingend erforderlich!**)
- 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 aus der hervorgeht beizufügen, 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
(Arztstempel)