



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Genehmigungen Ärzte
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund

Tel.: 0231/9432 3787
Fax: 0231/9432-87054
E-Mail: Genehmigungen-Aerzte@kvwl.de

**Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines
Weiterbildungsassistenten - ohne Förderung - nach
§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV**

1. Allgemeine Angaben

Angaben des Antragstellers¹

Vertragsarzt, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft (Bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber.)

LANR:

BSNR:

Name:

Vorname:

Facharztbezeichnung:

Vertragsarztsitz (Hauptsitz)

PLZ/Ort:

Straße/Hausnr.:

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ zugelassener Vertragsarzt.

Ist beabsichtigt, dass mehrere Partner der BAG/des MVZ gemeinsam die Assistenz beantragen?

Ja - dann bitte die weiteren Partner in der beigefügten Anlage 2 eintragen.

Nein.

Ich bin Bevollmächtigter der BAG (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).

Ich bin Bevollmächtigter des MVZ (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).

2. Weiterbilder

Der Assistent soll folgendem Weiterbilder zugeordnet werden:

dem Antragsteller persönlich

dem folgenden angestellten Arzt:

LANR: BSNR:

Name:

Vorname:

3. Assistent

3.1 Beantragt wird die Genehmigung zur Beschäftigung von

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Geschlecht: männlich weiblich divers

3.2 Zeitraum und Umfang der Beschäftigung

Zeitraum:	von:		bis:	
------------------	------	--	------	--

Umfang:	<input type="checkbox"/>	ganztags		
	<input type="checkbox"/>	halbtags		
	<input type="checkbox"/>	stundenweise		Std./Woche

3.3 Beschäftigungsarten

3.3.1	<input type="checkbox"/>	Weiterbildungsassistent im Gebiet/Bereich:

Beizufügen sind die Approbationsurkunde des Assistenten bzw. Berufserlaubnis nach § 10 BÄO und eine von dem Assistenten unterzeichnete Erklärung (Anlage 1).

3.3.2	<input type="checkbox"/>	Assistent zur Ableistung des Anpassungsjahres zur Erlangung der deutschen Approbation. Beizufügen ist die Erlaubnis des Assistenten nach § 10 BÄO.
-------	--------------------------	---

3.3.3	<input type="checkbox"/>	Verlängerung der Genehmigung zur Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten.
-------	--------------------------	---

3.3.3.1	<input type="checkbox"/>	Assistent nach Abschluss der Weiterbildung bis zur Facharztprüfung (max. 6 Monate).
---------	--------------------------	---

Termin zur Facharztprüfung:	
-----------------------------	--

3.3.3.2	<input type="checkbox"/>	Die nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Weiterbildungsinhalte sind noch nicht erfüllt.
---------	--------------------------	--

3.3.3.3	<input type="checkbox"/>	Die Weiterbildungszeit durch Beschluss des Prüfungsausschusses der ÄKWL verlängert wird (Bescheinigung der ÄKWL erforderlich).
---------	--------------------------	--

3.3.3.4	<input type="checkbox"/>	Zur Vertiefung der erworbenen Kenntnisse (max. 3 Monate).
---------	--------------------------	---

3.3.4	<input type="checkbox"/>	Assistent zur Überbrückung bis zur Aufnahme einer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit (max. 6 Monate). Beizufügen sind die Facharztanerkennung des Assistenten und eine Kopie der Eingangsbestätigung zum gestellten Antrag gegenüber dem zuständigen Zulassungsausschuss.
-------	--------------------------	--

Wichtige Hinweise:

Der Assistent darf erst dann vertragsärztlich tätig werden, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Bearbeitungszeiten, die bis zu vier Wochen betragen können und planen diesen Umstand entsprechend ein.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des
Vertragsarztes /
Vertretungsberechtigten der BAG
/ des MVZ's

Bei Antragstellung für einen angestellten Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten
Arztes

**Anlage 1
Erklärung des Assistenten**

Name: _____

Vorname: _____

Bitte listen Sie die bereits abgeleistete Weiterbildungsabschnitte mit Angabe der Monate und den zeitlichen Umfang der Beschäftigung (z. B. 6 Monate/ganztags) in nachfolgender Tabelle auf.

Monate/Umfang	Weiterbildungsabschnitt (z.B. Innere Medizin, Kinder- u. Jugendmedizin, etc.)	Krankenhaus	Praxis
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die bereits abgeleisteten Weiterbildungsabschnitte wurden nach der WBO vom 09.04.2005 oder WBO vom 21.09.2019 abgeleistet.

Ort, Datum

Unterschrift der Assistentin / des Assistenten

Anlage 2

Diese Anlage ist nur auszufüllen, wenn mehrere Partner der BAG gemeinsam die Assistenz beantragen.

Nachfolgend aufgeführte Partner der BAG sind weitere Antragsteller
(ggf. weitere Antragsteller mit gesondertem Schreiben mitteilen)

1. Weiterer Antragsteller

LANR:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers

2. Weiterer Antragsteller

LANR:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers

3. Weiterer Antragsteller

LANR:	
--------------	--

Name:	
--------------	--

Vorname:	
-----------------	--

Ort, Datum

Unterschrift des weiteren
Antragstellers