



Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes in Weiterbildung

Facharztweiterbildung / Teilgebietsanerkennung / Zusatzbezeichnung

1. Angaben Weiterbilder

Titel, Name, Vorname:	<input type="text"/>
Fachgebiet:	<input type="text"/>
<input type="radio"/> zugelassen <input type="radio"/> angestellt bei	<input type="text"/> <i>anstellende Praxis/MVZ</i>
Tätigkeitsort:	<input type="text"/> <i>(Straße, PLZ, Ort)</i>

2. Angaben Arzt in Weiterbildung

Titel, Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Wohnort:	<input type="text"/> <i>(Straße, PLZ, Ort)</i>		
Telefon:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Weiterbildung zum Facharzt für / zum Erhalt der Teilgebietsanerkennung für / zum Erhalt der Zusatzbezeichnung für:			
<input type="text"/>			
ggf. bereits erworbene Facharzttitel:			
<input type="text"/>			

3. Angaben zur Weiterbildung


Die Weiterbildung beginnt am:	<input type="text"/>	endet am:	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Vollzeitweiterbildung	oder	<input type="radio"/> Teilzeit mit	<input type="text"/> Std./Woche

4. Dem Antrag sind beizufügen: (mit  gekennzeichnet)

- Weiterbildungsbefugnis des anstellenden Arztes
- Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung in Kopie
- Erklärung gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV vom Arzt in Weiterbildung (Anlage 1)
- Erklärung zum Verlauf der bisherigen Weiterbildungszeiten (Anlage 2)
- vollständiger Weiterbildungsvertrag in Kopie

.....

Ort, Datum

..... 
Unterschrift und Stempel Weiterbilder

..... 
Unterschrift und Stempel Praxisinhaber bzw. MVZ-
Vertreter*

*** Ist der Weiterbilder angestellter Arzt in einer Praxis oder in einem MVZ, dann muss auch der Praxisinhaber bzw. ein befugter MVZ-Vertreter diesen Antrag unterzeichnen.**

Anlage 1



vom Arzt in Weiterbildung auszufüllen

zum Antrag auf Anstellung eines Arztes in Weiterbildung

Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich gegenwärtig nicht drogen- und alkoholabhängig bin oder es innerhalb der letzten fünf Jahre war. Ferner erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Alkohol- und Drogensucht unterzogen habe und dass bei mir keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Des Weiteren erkläre ich, dass gegen mich kein Strafverfahren bzw. Ermittlungsverfahren anhängig ist, dass ich keine Versorgungsrenten beziehe und keine Bezüge wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbunfähigkeit erhalte.

Name, Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung





Anlage 2

vom Arzt in Weiterbildung auszufüllen

zum Antrag auf Anstellung eines Arztes in Weiterbildung

Absolvierung der Weiterbildung zum Facharzt / Teilgebietsanerkennung / Zusatzbezeichnung:

Meine Weiterbildung begann am

Ich absolviere die Weiterbildung nach der WBO der ÄK M-V 2005 2020

Bisher absolvierte Weiterbildungsabschnitte im beantragten Gebiet

Fachgebiet

Zeitraum von bis

dav. Teilzeit von bis mit Stunden/Woche

dav. Unterbrechung der Weiterbildung von bis
(z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)

Weiterbildungsleiter

Weiterbildungseinrichtung

Fachgebiet

Zeitraum von bis

dav. Teilzeit von bis mit Stunden/Woche

dav. Unterbrechung der Weiterbildung von bis
(z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)

Weiterbildungsleiter

Weiterbildungseinrichtung

Fachgebiet

Zeitraum von bis

dav. Teilzeit von bis mit Stunden/Woche

dav. Unterbrechung der Weiterbildung von bis
(z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)

Weiterbildungsleiter

Weiterbildungseinrichtung

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung 

Bei Bedarf kann diese Seite zur Vervielfältigung der Anlage 2 (des Antrags auf Anstellung eines Arztes in Weiterbildung) dienen.

Bisher absolvierte Weiterbildungsabschnitte im beantragten Gebiet

Fachgebiet	[]		
Zeitraum	von []	bis []	
dav. Teilzeit	von []	bis []	mit [] Stunden/Woche
dav. Unterbrechung der Weiterbildung (z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)	von []	bis []	
Weiterbildungsleiter	[]		
Weiterbildungseinrichtung	[]		

Fachgebiet	[]		
Zeitraum	von []	bis []	
dav. Teilzeit	von []	bis []	mit [] Stunden/Woche
dav. Unterbrechung der Weiterbildung (z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)	von []	bis []	
Weiterbildungsleiter	[]		
Weiterbildungseinrichtung	[]		

Fachgebiet	[]		
Zeitraum	von []	bis []	
dav. Teilzeit	von []	bis []	mit [] Stunden/Woche
dav. Unterbrechung der Weiterbildung (z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)	von []	bis []	
Weiterbildungsleiter	[]		
Weiterbildungseinrichtung	[]		

Hiermit erkläre ich die Vollständig- und Richtigkeit der oben von mir gemachten Angaben.

[]
Ort, Datum

[]
Unterschrift Arzt in Weiterbildung 