



Antrag auf Erstattung der Aufwandspauschale für die Durchführung von Hospitationen

1. Angaben Vertragsarzt

Titel, Name, Vorname:	<input type="text"/>
Fachgebiet:	<input type="text"/>
zugelassen seit	<input type="text"/>
Tätigkeitsort:	<input type="text"/> <small>(Straße, PLZ, Ort)</small>
Anerkennung als Hospitationspraxis durch die KVMV liegt vor : <input type="radio"/>	

2. Angaben Hospitant/in

Titel, Name, Vorname:	<input type="text"/>
gegenwärtige Tätigkeit:	<input type="text"/> <small>(Name der Klinik)</small>
Facharztanerkennung	<input type="text"/>
Wohnort:	<input type="text"/> <small>(PLZ, Ort)</small>
	<input type="text"/> <small>(Straße)</small>

3. Angaben zur Hospitation

Die Hospitation erfolgt an folgenden Tagen:	<input type="text"/>
<i>(max. Hospitationdauer 5 Tage, wobei die Hospitation nicht zwingend an fünf aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt werden muss)</i>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

4. Dem Antrag sind beizufügen:

- Kopie der Facharztanerkennung des Hospitanten
- Beruflicher Werdegang vom Hospitant
- Erklärung des Hospitanten (Anlage 1)

Unterschrift/Stempel Vertragsarzt

Unterschrift Hospitant/in

Ort, Datum



Erklärung zur Hospitation

Ich
(Titel, Vorname, Name-Hospitant/in)

erkläre, dass ich die mit Datum vom

beantragte Hospitation in der Praxis

von
(Titel, Vorname, Name-Vertragsarzt)

absolviere, da ich Interesse an einer vertragsärztlichen Tätigkeit in meinem Fachgebiet habe und diese Hospitation nutzen möchte um einen Einblick in die vertragsärztliche Versorgung zu erhalten.



.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift Hospitant/in