



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**

Abt. Sicherstellung
Postfach 160145
19091 Schwerin

Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes in Weiterbildung

Facharztweiterbildung/Teilgebietsanerkennung/Zusatzbezeichnung

1. Angaben Weiterbilder

Titel, Name, Vorname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Fachgebiet	
<input type="radio"/> zugelassen	<input type="radio"/> angestellt bei <input type="text"/>
anstellende Praxis/MVZ	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Tätigkeitsortes	

2. Angaben Arzt in Weiterbildung

Titel, Name, Vorname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Wohnortes	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail
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	<u>oder</u> <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 Weiterbilder

.....
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 Genehmigung zur 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 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 Genehmigung zur Anstellung eines Arztes in Weiterbildung

Absolvierung der Weiterbildung zum Facharzt/Teilgebietsanerkennung/Zusatzbezeichnung:

Meine Weiterbildung begann am

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

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung



Bei Bedarf kann diese Seite zur Vervielfältigung der Anlage 1 (Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes in Weiterbildung) dienen.

Bisher absolvierte Weiterbildungsabschnitte im beantragten Gebiet

Fachgebiet	<input type="text"/>				
Zeitraum	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	
dav. Teilzeit	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	mit <input type="text"/> Stunden/Woche
dav. Unterbrechung der Weiterbildung (z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	
Weiterbildungsleiter	<input type="text"/>				
Weiterbildungseinrichtung	<input type="text"/>				

Fachgebiet	<input type="text"/>				
Zeitraum	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	
dav. Teilzeit	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	mit <input type="text"/> Stunden/Woche
dav. Unterbrechung der Weiterbildung (z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	
Weiterbildungsleiter	<input type="text"/>				
Weiterbildungseinrichtung	<input type="text"/>				

Fachgebiet	<input type="text"/>				
Zeitraum	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	
dav. Teilzeit	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	mit <input type="text"/> Stunden/Woche
dav. Unterbrechung der Weiterbildung (z.B. Aufgrund von Mutterschutz/Elternzeit)	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	
Weiterbildungsleiter	<input type="text"/>				
Weiterbildungseinrichtung	<input type="text"/>				

Ort, Datum

Unterschrift Arzt in Weiterbildung

