

ANTRAG
auf Förderung der Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin
bzw. Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Bezirksstelle

antragstellende/r Vertragsärztin/-arzt bzw. antragstellende
Gemeinschaftspraxis (im Weiteren: Vertragsarzt)

V E R T R A G S A R Z T S T E M P E L

(per Telefax:)

In Anerkennung der Förderungsmodalitäten der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Förderung der ambulanten Weiterbildung in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der KVN vom 20. Februar 2010 beantrage(n) ich(wir) eine Förderung gemäß der vorbezeichneten Richtlinie für das im Weiteren näher konkretisierte Weiterbildungsverhältnis. Gleichzeitig beantrage(n) ich(wir) den zusätzlichen Zuschuss der Verbände der Krankenkassen gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten gem. § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV.

Weiterbildungsabschnitt im Fachgebiet	<input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/> Chirurgie
	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> _____
Weiterbildungsermächtigung liegt vor	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate
<small>Bitte benennen bzw. kennzeichnen Sie den zur Weiterbildung ermächtigten Arzt bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder sonstigen Besonderheiten der Weiterbildungsermächtigung.</small>		<input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> __ Monate

Weiterbildungsassistentin bzw. -assistent
(im Weiteren: Weiterbildungsassistent)

Beschäftigungszeitraum	bis
	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> _____
monatliches Bruttogehalt	€
zzgl. Arbeitgeberanteile zur Sozialvers.	€
Summe der Aufwendungen	€

Ich(wir) verpflichte(n) mich(uns) zur ordnungsgemäßen Weiterbildung gem. den Regelungen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen (WBO), insbesondere verpflichte(n) ich(wir) mich(uns) zur Beachtung des § 5 Abs. 2 bis 5, § 6 Abs. 4 und 6, § 7 und § 9 WBO.

Ich(wir) verpflichte(n) mich(uns) den zusätzlichen Zuschuss der Verbände der Krankenkassen im Fall der Bewilligung in voller Höhe an den Weiterbildungsassistenten weiterzuleiten und der KVN-Bezirksstelle – *bitte einsetzen* – nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine Auflistung der an den Weiterbildungsassistenten gezahlten Förderbeträge zuzusenden.

Ich(wir) verpflichte(n) mich(uns) den zusätzlichen Zuschuss der Verbände der Krankenkassen, sofern der geförderte Weiterbildungsassistent nicht im Rahmen einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschäftigt wird, an die Kassenärztliche Vereinigung zurückzuzahlen.

Die beigefügte *Ergänzende Erklärung des Weiterbildungsassistenten* ist Bestandteil dieses Antrages.

Ort, Datum

Unterschrift des weiterbildenden Vertragsarztes

Ergänzende Erklärung
des Weiterbildungsassistenten zum Antrag auf Förderung der
Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin bzw. Innere und Allgemeinmedizin

antragstellende/r Vertragsärztin/-arzt bzw. antragstellende Gemeinschaftspraxis, MVZ <small>(im Weiteren: Vertragsarzt)</small>	VERTRAGSARZTSTEMPEL
---	----------------------------

Weiterbildungsassistentin bzw. -assistent: <small>(im Weiteren: Weiterbildungsassistent)</small>		
LANR:		
Anschrift:		
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe):		
Geburtsdatum:		
Geburtsort:		
Weiterbildungsordnung:	<input type="checkbox"/> 5 Jahre (WBO 2001)	<input type="checkbox"/> 5 Jahre (WBO 2005)

Wurde eine Approbation gemäß § 3 Bundesärzteordnung erteilt?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Approbation vom		Liegt eine Genehmigung gem. § 10 Bundesärzteordnung vor?
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<small>In diesem Fall ist eine Förderung nur im Ausnahmefall möglich.</small>	<small>In diesem Fall ist eine Förderung <u>nicht</u> möglich.</small>

Die Förderungsmodalitäten der Richtlinie der KVN zur Förderung der ambulanten Weiterbildung erkenne ich ausdrücklich an. Gleiches gilt für den Fall der zusätzlichen Förderung der Verbände der Krankenkassen hinsichtlich der Vorgaben der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung.

Ich verpflichte mich zum Abschluss der Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin und Allgemeinmedizin (§ 4 Nr. 4 der Richtlinie der KVN zur Förderung der ambulanten Weiterbildung). Darüber hinaus verpflichte ich mich, den hiermit beantragten Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin).

Gem. § 3 Abs.1 Nrn. 5 bis 8 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin verpflichte ich mich,

- der KVN-Bezirksstelle – *bitte einsetzen* – nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine Auflistung der seitens des/r weiterbildenden Arztes / Praxis gezahlten Förderbeträge zuzusenden,
- der zuletzt zuständigen (fördernden) KV jeweils zu Beginn eines Jahres eine schriftliche Mitteilung über die Inhalte der Weiterbildungsabschnitte des letzten Jahres zu übersenden,
- die vorgeschriebene Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen,
- bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt) die zuletzt zuständige (fördernde) KV zu informieren,
- bei Aufnahme einer Vertragsarztstätigkeit die zuletzt zuständige (fördernde) KV zu informieren.

Gem. § 3 Abs.1 Nr. 4e der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erkläre ich meine Absicht, nach der Beendigung meiner Weiterbildungszeit als Hausarzt tätig zu sein.

Gem. § 3 Abs.1 Nr. 9 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin stimme ich der Verwendung der in diesem Antrag gemachten Angaben im Rahmen der Evaluation nach § 8 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu.

Vollständige Angabe der bisher absolvierten bzw. bereits geplanten / vereinbarten Weiterbildungsabschnitte einschließlich AiP-Zeiten (AiP-Zeiten sind zu kennzeichnen).

Hinweis: Falsche oder unvollständige Angaben führen grundsätzlich zu einer Rückzahlung der bewilligten Fördermittel. AiP-Zeiten werden grundsätzlich bei der Berechnung des zwingend notwendigen Weiterbildungsabschnittes berücksichtigt. Sollte eine Anrechnung von AiP-Zeiträumen im Einzelfall nicht möglich sein, ist dies zu belegen (z.B. mit einer Bestätigung der zuständigen Ärztekammer).

Weiterbildungsstätte	zur Weiterbildung ermächtigter Arzt	Fachrichtung	exakter Zeitraum	ganztags/ halbtags
			bis	
			bis	
			bis	
			bis	
			bis	
			bis	
			bis	
			bis	

Ort, Datum

Unterschrift des Weiterbildungsassistenten