Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Ressort Vertragsärztliche Versorgung
Fachbereich Beratung
Postfach 11 64
09070 Chemnitz

Arztstempel

Antrag zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung gemäß § 32 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

☐ im Fachgebiet .....

für die Weiterbildung zum Facharzt für .....

oder

☐ im Schwerpunkt .....

oder

☐ Zusatz-Weiterbildung .....

Zeitraum der Beschäftigung von: ..... bis: .... Stunden pro Woche

Der geplante Weiterbildungsabschnitt soll für das o. g. Weiterbildungsziel auf Grundlage der der Weiterbildungsordnung ☐ **WBO 2006** ☐ **WBO 2021** genutzt werden
(ohne Angabe zur Weiterbildungsordnung kann der Antrag nicht bearbeitet werden).

Weiterbilder: (bei Verbundbefugnis eine Nennung ausreichend)	**Arzt in Weiterbildung:** (Arzt in Weiterbildung)	
Titel Vorname Name	Titel Vorname Name	
Fachgebietsbezeichnung / Arztgruppe	Bestehende Fachgebietsbezeichnung / Arztgruppe	
LANR:	Geburtsdatum:	
BSNR:	Telefon:	E-Mail:
Anschrift der Weiterbildungsstätte	Wohnanschrift	
Antragsteller: (Praxis/MVZ)		
Titel Vorname Name		

Hinweise:

Die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung setzt die Genehmigung der KV Sachsen voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit allen erforderlichen Nachweisen zukommen.

Der Antrag und die nachfolgend aufgeführten Unterlagen sind **spätestens 6 Wochen vor Beschäftigungsbeginn** einzureichen. Die Bearbeitung erfolgt grundsätzlich nach Antragseingang. Der **Antrag** ist im **Original**, **Approbationsurkunde** des AiW und etwaige **Urkunden zur Namensänderung** sind im **Original oder als beglaubigte Kopie** vorzulegen; alle anderen Unterlagen sind als Kopien einzureichen.

- gültige **Weiterbildungsbefugnis** der Sächsischen Landesärztekammer, soweit nicht bereits vorliegend (Kopie)
- **Arbeitsvertrag** (Kopie)
- **Approbationsurkunde des AiW** oder ggf. Gleichwertigkeitsprüfung gemäß § 28 Sächsisches Heilberufekammergesetz; bei Eheschließung / Namensänderung seit Approbation zusätzlich Eheurkunde/Urkunde zur Namensänderung (**Original oder beglaubigte Kopie**)
- **Anlage 1:** Weiterbildungsplan über bereits abgeleistete Zeiten seit Approbation
- Ggf. Bescheinigung der Sächsischen Landesärztekammer über die bisher abgeleisteten bzw. noch abzuleistenden Weiterbildungsabschnitte

Der AiW versichert, dass der beantragte Weiterbildungsabschnitt in diesem Umfang für das o.g. Weiterbildungsziel nach der gewählten Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer **anrechenbar und tatsächlich notwendig** ist:

.....	.....	.....
Ort, Datum	Unterschrift Vertretungsberechtigter Praxis/MVZ[1]	Unterschrift des weiterbildenden Arztes[2]

[1]Sofern der/die obige Unterzeichner/in nicht auch gleichzeitig der / die Weiterbilder/in ist, wird zusätzlich die Einwilligung des/der weiterbildenden Arztes/Ärztin der Praxis / BAG / MVZ erforderlich.

[2]Bei Vorliegen einer Verbundweiterbildungsbefugnis ist die Unterschrift eines weiterbildungsbefugten Arztes ausreichend.

.....	.....
Ort, Datum	Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Anlage 1 – Weiterbildungsplan:
Ärztliche Tätigkeiten des Arztes in Weiterbildung seit Approbation
(bitte in lückenloser Reihenfolge, Kindererziehungszeiten extra angeben)

....
Name des Arztes in Weiterbildung **geplanter** Abschluss (Fachgebiet)

Von (TT.MM.JJJJ)	Bis (TT.MM.JJJJ)	Wochen-stunden	Dienststellung/ Tätigkeit	Praxis/Krankenhaus; Ort	Abteilung/ Fachgebiet

Es handelt sich um eine Verbundweiterbildung mit Krankenhäusern und Vertragsarztpraxen (Rotationsplan):

☐ Ja
☐ Nein

Geplante Weiterbildungsabschnitte
(nach Abschluss des beantragten Weiterbildungsabschnittes)

von	bis	Dienststellung/ Tätigkeit	Praxis/ Krankenhaus	Ort	Abteilung/ Fachgebiet

Ich plane den Abschluss meiner Weiterbildung im Jahr.....

.....
Datum/Unterschrift des Arztes in Weiterbildung