

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**

Zeitraum der Beschäftigung von: bis:

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 Vertretungs-
berechtigter Praxis/MVZ¹

.....
Unterschrift des
weiterbildenden Arztes²

¹Sofern 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.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes in Wei-
terbildung

Fördermittelantrag für die Weiterbildung in einem fachärztlichen Fachgebiet

Zeitraum der Förderung von: bis:

Arzt in Weiterbildung:

Titel/Name/Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Hiermit bestätige ich, dass der beantragte Weiterbildungsabschnitt in dem Umfang für mein gewähltes Weiterbildungsziel nach der gültigen Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer **anrechenbar und tatsächlich notwendig** ist:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antragsteller:

Praxis/MVZ:.....

Titel/Name/Vorname des weiterbildenden Arztes:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

Ich habe die geltenden Durchführungsbestimmungen zur Förderung von Ärzten in Weiterbildung der KV Sachsen gelesen und erkläre mich mit ihnen einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vertretungs-
Berechtigter Praxis/MVZ

.....
Unterschrift des
weiterbildenden Arztes

¹Sofern 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.

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

Hinweise:

- Eine Förderung kann nur in Verbindung mit der Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung von der KV Sachsen gewährt werden.
- Die Förderung wird auf das Honorarkonto der Betriebsstätte ausgezahlt.
- Gemäß § 5 Abs. 1 der Durchführungsbestimmungen zur Förderung von Ärzten in Weiterbildung beträgt die Förderdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte **mindestens 6 zusammenhängende Monate**, soweit die Sächsische Landesärztekammer diesen Abschnitt i. S. d. Weiterbildungsordnung anerkennt.
- Die maximale Förderdauer richtet sich nach der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung.
- Der Antrag auf Förderung ist **spätestens 6 Wochen vor dem geplanten Tätigkeitsbeginn** zu stellen.
- **Das vollständig ausgefüllte Antragsformular kann nur im Zusammenhang mit den eingereichten Anlagen 1 - 3 bearbeitet werden.**

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

Anlage 2 - Erklärungen weiterbildender Arzt

Ich verpflichte mich, dem o. g. Arzt in Weiterbildung den Förderbetrag in voller Höhe als Vergütung weiterzugeben. Lohnnebenkosten (Arbeitgeberanteil) werden nicht aus den Fördermitteln bestritten.

Ich versichere, dass andere finanzielle Mittel aus anderweitigen Förderprogrammen, die für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung als Gehaltsförderung gewährt werden, für die Zeit, für die eine Förderung beantragt wird, nicht in Anspruch genommen werden.

Bei vorzeitiger Beendigung des Beschäftigtenverhältnisses, bei Kenntniserlangung über die Anmeldung des o. a. Arztes in Weiterbildung zur Facharztprüfung sowie bei Wegfall sonstiger Förder Voraussetzungen werde ich die KV Sachsen unverzüglich schriftlich informieren.

Mir ist bekannt, dass die Zuwendung zurückgefordert wird, insbesondere

- bei missbräuchlicher Verwendung der Fördermittel :
 - wenn die gewährten Fördermittel nicht in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung als Vergütung ausgezahlt werden
 - wenn die Weiterbildung nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung oder nicht vereinbarungsgemäß (z.B. bei nicht anrechenbaren Weiterbildungsabschnitten gem. Weiterbildungsordnung aufgrund vorzeitiger Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses) erfolgt ist
- Wenn die Beschäftigung des geförderten Arztes nicht im Rahmen einer Weiterbildung zur Facharztprüfung im angestrebten, angegebenen Fachgebiet erfolgt. Wenn die Zuwendung durch unrichtige oder unvollständige Angaben erwirkt wurde,
- Wenn die Verwendungsnachweise für die Fördergelder nicht vorgelegt werden.

Ich erkläre, dass ich der KV Sachsen nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine Auflistung der an den Arzt in Weiterbildung gezahlten Förderbeträge zusenden werde (Verwendungsnachweis „Anlage 1“ – wird mit Bescheid übersandt).

Mir ist bekannt, dass Fördermittel insbesondere nicht gewährt werden:

- für Weiterbildungszeiten unter einer Dauer von sechs Monaten,
- für Weiterbildungen in einem nicht zulassungsfähigen Fachgebiet,
- für nach Maßgabe der Sächsischen Weiterbildungsordnung nicht notwendige Weiterbildungszeiten.

Mir ist bekannt, dass in der KV Sachsen grundsätzlich zeitgleich nicht mehr Ärzte in Weiterbildung je Arzt gefördert werden als in der Summe einer Vollzeitstelle. Zeitliche Überschreitungen, die zu mehr als einer Vollzeitstelle führen, sind grundsätzlich nicht förderfähig.

Ich versichere, im Besitz einer gültigen Weiterbildungsbefugnis der Sächsischen Landesärztekammer zu sein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vertretungs-
Berechtigter Praxis/MVZ¹

.....
Unterschrift des
weiterbildenden Arztes²

¹Sofern 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.

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

Anlage 3 - Erklärungen Arzt in Weiterbildung

Ich versichere, dass ich in der Zeit dieser Weiterbildung keine anderen finanziellen Mittel aus anderweitigen Förderprogrammen, die für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung als Gehaltsförderung gewährt werden, in Anspruch nehme oder nehmen werde.

Ich erkläre, dass ich der KV Sachsen nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses oder nach Ablauf eines Kalenderjahres bis spätestens zum 15.01. des Folgejahres eine Auflistung der durch den Praxisinhaber im Rahmen der Weiterbildung an mich gezahlten Förderbeträge zusenden werde (Verwendungsnachweis „Anlage 2“).

Ich erkläre, dass ich die vorgeschriebene Weiterbildung für das beantragte Weiterbildungsziel absolvieren und an der Facharztprüfung teilnehmen werde.

Ich erkläre, dass ich beabsichtige, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich in dem beantragten Fachgebiet tätig zu sein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arzt/ Ärztin in Weiterbildung

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Der/die Unterzeichner/in wird darauf hingewiesen, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung, insbesondere in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der für die Bearbeitung des Antrages, der Bewilligung und Verwaltung der Förderung erforderlichen oben angegebenen Angaben personenbezogener Daten nach § 4 Abs. 3 Sächsisches Datenschutzgesetz (SächsDSG) freiwillig ist. Die nachstehende Einwilligung erfolgt unbeschadet des Rechts zum Widerruf mit Wirkung für die Zukunft, sofern dem keine Rechtsgründe entgegenstehen. Die Nichteinwilligung hätte jedoch zur Folge, dass die Bearbeitung des Antrages sowie die Gewährung der beantragten Förderung unmöglich werden.

Der/die Unterzeichner/in willigt in die Verarbeitung, insbesondere in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der im Antrag angegebenen Daten zum Zwecke der Antragsbearbeitung, Bewilligung und Verwaltung bzw. der Bearbeitung eines ggf. entstehenden Erstattungsanspruchs der Förderung durch die KV Sachsen ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arzt/ Ärztin in Weiterbildung