

**ANTRAG**  
**auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung**

**I Angaben des Antragstellers (Vertragsarzt/MVZ)**

Nachname / ggf. Name des MVZ			
Vorname			
Fachrichtung			
BSNR			
Praxis- anschrift	PLZ, Ort		
	Straße, Nr.		
Weiterbildungsbefugter Arzt:			
Weiterbildungsbefugnis:	<input type="checkbox"/> liegt vor für ____ Monate	<input type="checkbox"/> alte WBO 2011	
	<input type="checkbox"/> wurde beantragt	<input type="checkbox"/> neue WBO 2020	

**II Angaben zum Arzt in Weiterbildung:**

Titel			
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum und -ort	geb. am		in
Staatsangehörigkeit			
Anschrift	PLZ, Ort		
	Straße, Nr.		
E-Mail			@
<b>(Bei Änderungen ist die KVSH <u>unverzüglich</u> zu informieren!)</b>			

Der Antrag wird gestellt  
für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.  
Umfang der Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche (ggf. \_\_\_\_\_ %)

**Bei Änderungen bezüglich der Beschäftigung (Unterbrechung der Weiterbildungszeit, vorzeitige Beendigung usw.) ist die KVSH unverzüglich SCHRIFTLICH per Post oder Fax zu informieren.**

Angestrebtes Weiterbildungsziel	<input type="checkbox"/> Fachgebiet _____
	<input type="checkbox"/> Schwerpunkt _____
	<input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung _____
	<input type="checkbox"/> nach alter WBO 2011 <input type="checkbox"/> nach neuer WBO 2020

Zum Antrag sind folgende Unterlagen einzureichen:	ist beigefügt	liegt/lag bereits vor	wird nachgereicht
Kopie der Approbationsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>unterschriebener</u> Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt in Weiterbildung