

# 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"/> wurde beantragt				

## 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

**Bei Änderungen bezüglich der Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung (Unterbrechung der Weiterbildungszeit, vorzeitige Beendigung usw.) ist die KVSH unverzüglich zu informieren.**

Angestrebtes Weiterbildungsziel	<input type="checkbox"/> Fachgebiet <hr/> <input type="checkbox"/> Schwerpunkt <hr/> <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung <hr/>
---------------------------------	--

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