

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle



Arztstempel

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

im Fachgebiet.....für die Weiterbildung zum Facharzt für.....

im Schwerpunkt..... Zusatz-Weiterbildung.....

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

Arzt in Weiterbildung (AiW)

Titel/Name/Vorname:geb.:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Antragsteller:

Titel/Name/Vorname des weiterbildenden Arztes:

bei MVZ Titel/Name/Vorname des ärztlichen Leiters:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des
weiterbildenden Arztes

.....
ggf. Unterschrift des
Ärztlichen Leiters des MVZ

Hinweis:

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, soweit nicht anders vermerkt, im **Original oder als amtlich beglaubigte Kopien vor Beschäftigungsbeginn** einzureichen:

- gültige Weiterbildungsbefugnis der Sächsischen Landesärztekammer, soweit nicht bereits vorliegend (Kopie)
- Arbeitsvertrag (Kopie)
- Approbationsurkunde des AiW
- Auflistung der ärztlichen Tätigkeiten des AiW seit dem Staatsexamen (siehe Anlage 3)
- ggf. Nachweis über die bisher abgeleisteten bzw. noch abzuleistenden Weiterbildungsabschnitte von der Sächsischen Landesärztekammer

zusätzlich bei ausländischen AiW ohne Approbationsurkunde:

- Gleichwertigkeitsprüfung gemäß § 28 Sächsisches Heilberufekammergesetz zur Erlangung einer Approbation
- ggf. Aufenthaltstitel und Arbeitserlaubnis bei Staatsangehörigen aus Nicht-EU-Mitgliedstaaten

Wenn Sie ausschließlich die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung beantragen wollen, reichen Sie bitte nur dieses Formular und die oben genannten Nachweise ein.

**Fördermittelantrag für die Weiterbildung
zum Facharzt in anderen Fachgebieten**

(Die jeweils förderfähigen Fachgebiete sind auf unserer Homepage unter
www.kvs-sachsen.de veröffentlicht.)

für die Weiterbildung zum Facharzt für.....

Zeitraum der Förderung von: bis:

Arzt in Weiterbildung:

Titel/Name/Vorname:geb.:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Antragsteller:

Titel/Name/Vorname des weiterbildenden Arztes:

bei MVZ Titel/Name/Vorname des Ärztlichen Leiters:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

Bank/Geldinstitut:Ort:

Konto-Nr.: BLZ:

IBAN: BIC:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des
weiterbildenden Arztes

.....
ggf. Unterschrift des
Ärztlichen Leiters des MVZ

Hinweise:

Eine Förderung kann nur dann erfolgen, wenn eine vorherige Genehmigung zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung von der KV Sachsen vorliegt.

Gemäß § 4 Abs. 1 der Durchführungsbestimmungen zur Förderung von Ärzten in Weiterbildung beträgt die Förderdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte grundsätzlich mindestens sechs zusammenhängende Monate, soweit die Sächsische Landesärztekammer diesen Abschnitt i. S. d. Weiterbildungsordnung anerkennt. Die maximale Förderdauer richtet sich nach der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung.

Das vollständig ausgefüllte Antragsformular kann nur im Zusammenhang mit den eingereichten Anlagen 1-3 bearbeitet werden.

Anlage 1
Erklärungen des weiterbildenden Arztes

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 öffentliche Mittel für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung 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 Fördervoraussetzungen werde ich die KV Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle [.....], unverzüglich schriftlich informieren.

Mir ist bekannt, dass die Zuwendung zurückgefordert wird, insbesondere

- bei missbräuchlicher Verwendung der Fördermittel :
 - Die gewährten Fördermittel werden nicht in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung als Vergütung ausgezahlt
 - Die Weiterbildung ist nicht im Einklang mit der Weiterbildungsordnung oder nicht vereinbarungsgemäß (z.B. bei nicht anrechenbaren Weiterbildungsabschnitten gem. Weiterbildungsordnung aufgrund vorzeitiger Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses)
- 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, Bezirksgeschäftsstelle [.....] 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 des
weiterbildenden Arztes

.....
ggf. Unterschrift des
Ärztlichen Leiters des MVZ

Anlage 2
Erklärungen des Arztes in Weiterbildung

Ich versichere, dass ich in der Zeit dieser Weiterbildung keine anderen öffentlichen Mittel in Anspruch nehmen werde.

Ich erkläre, dass ich der KV Sachsen nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine Auflistung der durch den Praxisinhaber im Rahmen der Weiterbildung an mich gezahlten Förderbeträge zusenden werde (Verwendungsnachweis „Anlage 2“).

Ich erkläre, dass ich beabsichtige, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich im geförderten Facharztziel tätig zu sein.

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 des Arztes in Weiterbildung

Anlage 3

Ärztliche Tätigkeiten des Arztes in Weiterbildung seit Approbation
(bitte in lückenloser Reihenfolge, Kindererziehungszeiten extra angeben)

.....
Name des Arztes in Weiterbildung

.....
geplanter Abschluss (Fachgebiet)

von – bis (TT.MM.JJ)	Wo- chen- stunden	Dienststellung/ Tätigkeit	Praxis/MVZ/ 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 (TT.MM.JJ)	Wo- chen- stunden	Dienststellung/ Tätigkeit	Praxis/MVZ/ Krankenhaus	Ort	Abteilung/ Fachgebiet

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

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