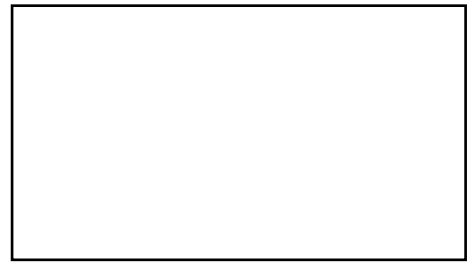


Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle .....

.....

.....



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:**

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)
- Auflistung der geplanten Weiterbildungsabschnitte nach Beendigung des beantragten Weiterbildungsabschnittes (siehe Anlage)
- ggf. Nachweis über die bisher abgeleisteten bzw. noch abzuleistenden Weiterbildungsabschnitte von der Sächsischen Landesärztekammer

zusätzlich bei ausländischen AiW ohne Approbationsurkunde:

- Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung (Ausstellung erfolgt durch Landesdirektion Sachsen)
- Gleichwertigkeitsprüfung gemäß § 28 Sächsisches Heilberufekammergesetz
- ggf. Aufenthaltstitel und Arbeitserlaubnis bei Staatsangehörigen aus Nicht-EU-Mitgliedstaaten

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

.....  
Name des Arztes in Weiterbildung

.....  
**geplanter** Abschluss (Fachgebiet)

von – bis (TT.MM.JJ)	Angabe in Monaten	Dienststellung/ Tätigkeit	Praxis/ MVZ/ Kranken- haus	Ort	Abteilung Fachgebiet	Vollzeit (Wochenstunden)	Teilzeit (Wochenstunden)

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

- Ja  
 Nein

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

Geplante Weiterbildungsabschnitte nach Abschluss des beantragten Weiterbildungsabschnittes

.....  
Name des Arztes in Weiterbildung

.....  
**geplanter** Abschluss (Fachgebiet)

von – bis (TT.MM.JJ)	Angabe in Monaten	Vollzeit/ Teilzeit	stationär/ ambulant	Abteilung Fachgebiet	Praxis/ MVZ/ Kranken- haus (optional)	Ort (optional)

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

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