

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle .....

.....

.....



Arztstempel

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

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.

**Bitte fügen Sie dem Antrag die als Anlagen 1 und 2 beigefügten Erklärungen hinzu.**

**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