

Antrag auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Hiermit beantrage ich/beantragen wir bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt die Förderung der Weiterbildung gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V und den durch den Vorstand der KVSA erlassenen Richtlinien.

Name und Anschrift des
antragstellenden Vertragsarztes

Gebietsbezeichnung:

Name und Anschrift des
Arztes in Weiterbildung:

Fachgebiet der Weiterbildung:

Dauer der Beschäftigung; von:

_____ bis _____

Vollbeschäftigung

Teilzeitbeschäftigung im Umfang von: _____ Std./Woche

Dauer des Weiterbildungsabschnitts*:

_____ bis _____

Es wird ausdrücklich auf die Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (Sicherstellungsrichtlinien) und die Richtlinien des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Förderung der Weiterbildung verwiesen. Die Inhalte der Richtlinien sind unter <http://www.kvsa.de> einsehbar. Sollte eine der Voraussetzungen für eine Förderung nicht oder nicht mehr vorliegen, so wird die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt den der Förderung zugrundeliegenden Verwaltungsakt aufheben und entsprechende Beträge zurückfordern.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Weiterbilders

Antrag auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Erklärungen des Arztes in Weiterbildung

1. Hiermit verpflichte ich mich, den in der Praxis von

abzuleistenden Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung im Fachgebiet

zu nutzen.

2. **Verpflichtung über den Nachweis der Weiterbildungsplanung**

Hiermit verpflichte ich mich, die für die Förderung zuständige Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt über die bereits vorliegenden Zusagen für die Beschäftigung als Arzt in Weiterbildung zumindest für das nächste Weiterbildungsjahr spätestens 3 Monate vor Abschluss des aktuell beantragten Weiterbildungsabschnitts zu informieren.

3. **Wahrnehmung der Weiterbildung und Teilnahme an der Facharztprüfung**

Ich erkläre hiermit, die für die Förderung erforderliche Weiterbildung zum Facharzt für

zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.

4. **Verpflichtung, Resultat der Facharztprüfungen der KV anzuzeigen**

Ich verpflichte mich, die zuletzt für die Förderung der Weiterbildung zuständige Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt über den Abschluss der Prüfung zum Facharzt für:

zu informieren.

5. **Absicht, als Vertragsarzt tätig zu werden**

Ich beabsichtige, nach dem Abschluss der Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Facharztgruppe tätig zu sein.

6. **Erklärung der Hinderungsgründe**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war. Ich musste mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Rauschgift oder Trunksucht unterziehen und es stehen keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines ärztlichen Berufes entgegen.

7. **Anzeigepflicht bei Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit**

Der zuletzt für meine Förderung der Weiterbildung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werde ich anzeigen, wenn ich vertragsärztlich tätig werde. Die Anzeige wird den Zeitpunkt und den Planungsbereich umfassen.

8. **Teilnahmebereitschaft an KV-Informationsveranstaltungen**

Ich erkläre mich bereit, einmal im Quartal an einem Werktag an einer Informationsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt teilzunehmen.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Original oder beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde Promotion, soweit vorhanden

Name, Titel des Arztes in Weiterbildung, Telefon/Mobilfunk: _____

Straße, PLZ, Ort (Hauptwohnsitz): _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Erklärungen des weiterbildenden Arztes und des Arztes in Weiterbildung

zur Datenspeicherung, -verarbeitung und -weitergabe

Wir stimmen der Datenspeicherung, Datenverarbeitung und der Übermittlung von Förderdaten an die in der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V genannten Stellen zu dem in diesem Vertrag genannten Zweck, insbesondere gemäß § 8 des genannten Vertrages zu.

Wir stimmen der Datenspeicherung, Datenverarbeitung und der Übermittlung von Daten zum Weiterbildungsverhältnis und zur Förderung dieses Weiterbildungsverhältnisses zu, soweit diese Daten für die im Vertrag genannten Zwecke, insbesondere gemäß § 9 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung sowie nach Anlage III zu dieser Vereinbarung, zum Zweck von Monitoring und Evaluation benötigt werden.

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt ist berechtigt, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt über das Ergebnis der Facharztprüfung zu informieren.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Weiterbilders

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Erklärungen des Arztes in Weiterbildung

Ärztchammer Sachsen-Anhalt
Landesgeschäftsstelle
Abteilung Weiterbildung
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Name, Vorname: _____

Weiterbildung im Gebiet: _____

in der Facharztchompetenz: _____

hier: Mitteilung, welche Weiterbildungszeiten noch abzuleisten sind:

Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit als Weiterbildung.

Als Nachweis füge ich meine Weiterbildungszeugnisse im Original oder als beglaubigte Kopie bei.

(Bei noch fehlendem Zeugnis bitte die Weiterbildungsabschnitte mit Angabe des Weiterbilders, der Weiterbildungsstätte und einer ggf. absolvierten Teilzeitweiterbildung (Stunden/Woche) formlos aufführen.)

Mit der Weiterleitung meiner Daten zum Stand der Weiterbildung und zum Zweck der Mitteilung, welche Weiterbildungszeiten noch abzuleisten sind. (§ 3 abs. 4 der Anlage I zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V) an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Erklärungen des Arztes in Weiterbildung

Weiterbildungsplanung

Die Weiterbildung gestaltet sich wie folgt:

bisher:

Abschnitt	Dauer	Praxis/Klinik	weiterbildungsbefugter Arzt	Umfang Std./Woche

zukünftig:

Abschnitt	Dauer	Praxis/Klinik	weiterbildungsbefugter Arzt	Umfang Std./Woche

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Antrag auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Erklärungen des weiterbildenden Arztes

1. Erklärung über die voraussichtliche Dauer des Weiterbildungsabschnitts

Herr Frau Titel: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

wird vom: _____ bis _____

im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für _____

in meiner Praxis tätig werden. **(Bitte Kopie des Arbeitsvertrages beifügen.)**

2. Erklärung, dass die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung abgeführt werden.

Die Fördermittel werden in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung als Bruttoarbeitsentgelt ohne Arbeitgeberanteil abgeführt. Mir ist bekannt, dass die Fördermittel als laufender Arbeitslohn, der von dritter Seite gezahlt wird, zu betrachten sind und als solche dem Einkommenssteuergesetz unterliegen.

3. Sofern ich den Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer Weiterbildung gem. § 3 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75 a SGB V beschäftige, bin ich verpflichtet, die erhaltenen Fördermittel an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt zurückzuzahlen. Für diesen Fall bin ich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt den sich ergebenden Rückzahlungsbetrag mit meiner Restzahlung verrechnet.

4. Erklärung, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Aufstellung der ausgezahlten Fördermittel vorzulegen

Ich verpflichte mich, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt am Ende des Weiterbildungsabschnitts/mit Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses einen Nachweis über die an den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge, mittels Lohnnachweis oder Bescheinigung des Steuerberaters, zuzusenden.

5. Freistellungsverpflichtung für KV-Informationsveranstaltungen

Ich verpflichte mich, den Arzt in Weiterbildung einmal im Quartal an einem Werktag zum Zweck der Teilnahme an einer Informationsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt freizustellen.

6. Hiermit verpflichte ich mich, dem Arzt in Weiterbildung ausreichend Zeit zu widmen.

Beizufügende Unterlagen:

- Kopie des Arbeitsvertrages
- Kopie der Weiterbildungsbefugnis (sofern sie der KVSA noch nicht vorliegt)

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des weiterbildenden Arztes

Antrag auf Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Ärztchammer Sachsen-Anhalt
Landesgeschäftsstelle
Abteilung Weiterbildung
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin

hier: Antrag auf Anerkennung bisher abgeleisteter Tätigkeitsabschnitte als Weiterbildung

Hiermit beantrage ich die Anerkennung meiner bisher abgeleisteten Tätigkeitsabschnitte als Weiterbildung.

- zur Erlangung der **Facharztchompetenz Allgemeinmedizin** gemäß der Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt (WBO) vom 01.01.2011
- zur Erlangung der **Facharztchompetenz Allgemeinmedizin** gemäß der WBO vom 01.07.2020
- zur Erlangung der **Facharztchompetenz Allgemeinmedizin** im Rahmen des Quereinstiegs (zeitlich begrenzte Sonderregelung für Fachärzte in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung)

Als Nachweis füge ich meine Weiterbildungszeugnis im Original oder als beglaubigte Kopie bei.
(Bei noch fehlenden Zeugnissen, bitte die Weiterbildungsabschnitte mit Angabe des Weiterbilders, der Weiterbildungsstätte und einer ggf. absolvierten Teilzeitweiterbildung (Stunden/Woche) formlos aufführen - **Quereinsteiger** bitte nur die allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschnitte.)

Mit der Weiterleitung meiner Daten zum Stand der Weiterbildung an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt erkläre ich mich einverstanden.

Name, Vorname

Stempel/Unterschrift

Ort, Datum

Erklärung des Arztes in Weiterbildung

Koordinierungsstelle
für die Weiterbildung zum
Facharzt für Allgemeinmedizin

Geschäftsstelle
Ärztchammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Tel.: 0391 6054-7630
Fax: 0391 6054-7000
E-Mail: kosta@aeksa.de

Tel.: 0391 627-6442
Fax: 0391 627-8436
E-Mail: claudia.hahne@kvsa.de

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA), die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN) und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) haben mit dem Ziel der engagierten Förderung und Unterstützung des ärztlichen Nachwuchses in der Allgemeinmedizin auf Grundlage des bundesweit geltenden „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ eine gemeinsame Koordinierungsstelle (KOSTA) gebildet. Die Geschäftsstelle der KOSTA ist bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt angesiedelt.

Die KVSA hat nach der genannten Vereinbarung die Aufgaben der Antragsbearbeitung, Bewilligung und Auszahlung von Fördermitteln wie auch die Vergabe der „Lebenslangen“ Arztnummer für die Ärzte in Weiterbildung (LANR). Für eine schnelle, reibungslose und möglichst unbürokratische Aufgabenerfüllung mit dem Ziel der effektiven Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Sachsen-Anhalt ist der Austausch personenbezogener Daten zwischen der Geschäftsstelle der KOSTA, der ÄKSA und der KVSA notwendig.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Geschäftsstelle der KOSTA bei der ÄKSA, einschließlich ihrer Regionalverantwortlichen, die Kompetenzzentren für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die ÄKSA und die KVSA nachfolgend aufgeführte, meine Person betreffende Daten zum Zweck der Aufgabenerledigung im Rahmen der Organisation und Förderung der Weiterbildung untereinander austauschen.

Zur Unterstützung der KOSTA sind an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten Magdeburg und Halle Kompetenzzentren für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin angesiedelt. Die Kompetenzzentren unterstützen Ärzte in Weiterbildung bei der Organisation der Weiterbildung, bieten Seminarprogramme und Mentorenprogramme an.

Wir bitten deshalb um Ihre Zustimmung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten wie folgt:

Datenschutzrechtliches Einverständnis betreffend die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Titel, Vorname, Name: _____
Anschritt: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle der KOSTA bei der ÄKSA einschließlich ihrer Regionalverantwortlichen und der KVSA nachfolgend aufgeführte, meine Person betreffende Daten zum Zweck der Aufgabenerledigung im Rahmen der Organisation und Förderung der Weiterbildung untereinander austauschen.

- > Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail)
- > Weiterbildungsstätte
- > Fachgebiet
- > Beginn und voraussichtliches Ende der Weiterbildung (einschl. bereits absolvierter Weiterbildungsabschnitte)
- > Lebenslange Arztnummer (9-stellig)
- > ggf. Weiterbildung in Teilzeit (prozentualer Anteil bzw. Anzahl der Stunden/Woche)
- > Datum der bestandenen Facharztprüfung

Ich kann dieses Einverständnis jederzeit mit sofortiger Wirkung gegenüber der KOSTA bzw. der ÄKSA oder der KVSA widerrufen.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes in Weiterbildung