

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Sicherstellung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

A N T R A G auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung in der Vertragsarztpraxis/im MVZ nach § 32 Ärzte-ZV

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung nach § 32 Ärzte-ZV benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

Angaben über die Vertragsarztpraxis/das MVZ:

Name, Vorname des weiterbildenden Arztes:

Gebietsbezeichnung:

Ort:

“Ermächtigung zur Weiterbildung” und “Zulassung als Weiterbildungsstätte”
(erteilt durch die Landesärztekammer Thüringen) – **bitte eine Kopie beifügen**

Ich/Wir beantrage(n) die Genehmigung für die Zeit:

vom:..... bis:

ganztags (mindestens 40 Wochenstunden)

Teilzeitweiterbildung für Wochenstunden
(Bestätigung der Landesärztekammer über Anrechnungsfähigkeit beifügen)

Angaben über die Ärztin in Weiterbildung/den Arzt in Weiterbildung:

Name, Vorname: Geburtsname:.....

Geburtstag: Geburtsort:

Wohnanschrift: Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Approbation als Ärztin/Arzt vom: durch:
(**bitte eine amtlich beglaubigte Kopie beifügen**)

Promotion am : durch:

bei Landesärztekammer gemeldet:

Ausbildung zum Facharzt für:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des weiterbildenden Vertragsarztes
bei MVZ: Unterschrift des ärztlichen Leiters