

**Antrag auf Genehmigung zur Weiterbeschäftigung einer Assistentin/
eines Assistenten**

Neuantrag

Verlängerungsantrag

Änderungsantrag

Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller

BSNR _____

Praxisname _____

Praxisanschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Angaben der Assistentin/des Assistenten

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Zeitraum der derzeitigen Tätigkeit als Ärztin/Arzt in Weiterbildung

Zeitraum von _____ bis _____

in einem Umfang von _____ Stunden/Woche, mit _____ %

im Fachgebiet _____

unter Leitung der/des weiterbildungsbefugten Ärztin/Arztes

Zeitraum der Weiterbeschäftigung

Zeitraum von _____ bis _____

geplante Facharztprüfung _____

geplante Anstellung/Zulassung als Facharzt/-ärztin am _____

geplante Teilnahmeform Anstellung Zulassung

Antrag auf Anstellung/Zulassung beim Zulassungsausschuss wurde gestellt

am _____

Wir bitten um Beachtung, dass zur Genehmigung der Weiterbeschäftigung der Antrag auf Anstellung/Zulassung beim Zulassungsausschuss zwingend vorliegen muss.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/
des Antragstellers/Praxisstempel

Wichtige Hinweise und Erklärung zum Antrag auf Genehmigung zur Weiterbeschäftigung einer Assistentin/eines Assistenten

Eine Genehmigung zur Weiterbeschäftigung einer Assistentin/eines Assistenten kann gemäß § 32 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV nur dann erteilt werden, wenn ein Arzt in Weiterbildung, der in die Praxis, in der er seine Weiterbildung absolviert hat, nach Ablegung der Facharztprüfung als Vertragsarzt oder angestellter Arzt eintreten soll und ein Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung beim Zulassungsausschuss für Ärzte gestellt wurde. Die Genehmigung ist zeitlich zu befristen. Ferner kann die Weiterbeschäftigung nur im direkten Anschluss an die Weiterbildung sowie vor der Facharztprüfung genehmigt werden.

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Voraussetzungen zur Kenntnis genommen habe und einen Antrag auf Zulassung oder Anstellung beim Zulassungsausschuss für Ärzte parallel gestellt habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/
des Antragstellers/Praxisstempel