

Zurückzusenden an:
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
- Registerstelle -
Robert-Schirrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Antrag
auf Genehmigung zur Beschäftigung als Assistent gem. § 32 Abs. 2
Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

Wichtig!
Bitte das Hinweisblatt zum Antrag beachten!

Name des Antragstellers:

.....

Privatanschrift

Praxisanschrift

Straße:

.....

.....

.....

.....

PLZ/Ort:

.....

.....

Telefon:

.....

.....

Name des Assistenten:

.....

Privatanschrift

Straße und Ort:

.....

.....

Geburtsdatum/-ort:

.....

.....

Telefon:

.....

.....

Dauer der Beschäftigung:

vom:.....

bis:.....

ganztägige Beschäftigung

ja:

nein: **(bei nein bitte**

Begründung)

Begründung:.....

.....

Bitte geben Sie an, auf welcher Grundlage eine Beschäftigung erfolgen soll:

Zwecks Weiterbildung;

Für den Bereich

Beizufügen sind: Eine von dem Assistenten unterzeichnete Erklärung, aus der ersichtlich ist, welche zeitlichen Weiterbildungsabschnitte (Praxis/Klinik) bis zur Erlangung der Facharzt-, Schwerpunkt- od. Zusatzbezeichnung noch absolviert werden müssen. (siehe Anlage)

Aus gesundheitlichen Gründen

Beizufügen sind: Angabe der Gründe, Einreichung eines aktuellen Gesundheitszeugnisses und Urkunde der Facharztanerkennung des Assistenten

Sonstige Gründe

Beizufügen sind: Eine ausführliche Begründung und die Urkunde der Facharztanerkennung des Assistenten.

Um eine Beschlussfassung durch den Vorstand der KVWL herbeiführen zu können, ist die Vorlage einer beglaubigten Fotokopie der Approbationsurkunde bzw. der Berufserlaubnis gemäß § 10 BÄO des Assistenten unbedingt erforderlich.

Ort, Datum:

.....
(Unterschrift / Stempel)

