

**Zurückzusenden an:**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
- Registerstelle -  
Robert-Schimrigk-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)

## Erklärung des Assistenten

Name des Assistenten:

---

Weiterbildungsbereich:

---

In der Praxis von:

\_\_\_\_\_  
Name des Praxisinhabers / Ort der Praxis

**Wir bitten Sie, bereits abgeleitete Weiterbildungsabschnitte in nachfolgender Tabelle aufzulisten!**

Monate	Weiterbildungsabschnitt (z. B. Innere Medizin, Kinderheilkunde, etc.)	Krankenhaus	Praxis
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei der Weiterbildung „Allgemeinmedizin“ bitte diese Felder ausfüllen!**

- die Weiterbildung wird nach der **3-jährigen** Weiterbildungsordnung durchgeführt (Hinweis: Eine Anerkennung kann nur dann erfolgen, wenn die Weiterbildung bis zum 31.12.2005 abgeschlossen ist.)
- die Weiterbildung wird nach der **5-jährigen** Weiterbildungsordnung durchgeführt

---

Ort, Datum

Unterschrift der Assistentin/des Assistenten

(Zutreffendes bitte ankreuzen, bzw. ergänzen)