



Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
KoStA 1.03
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund



Mail: kosta@kvwl.de
Faxnummer: 0231 9432 80402

Antrag - Qualifizierungsjahr (Qualifizierungsassistent)¹

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes im Qualifizierungsjahr in einer Hausarztpraxis mit finanzieller Förderung gemäß dem Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Bitte beachten Sie, dass

- die Beschäftigung und finanzielle Förderung eines Qualifizierungsassistenten die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe **voraussetzt**.
- erst mit Eingang der **vollständigen Unterlagen** und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit allen erforderlichen Nachweisen zukommen.
- der Antrag **spätestens acht Wochen vor Beginn** der beabsichtigten Beschäftigung des Qualifizierungsassistenten gestellt werden sollte, damit eine rechtzeitige Bearbeitung sichergestellt werden kann.
- **alle Felder verpflichtend auszufüllen sind!**

1.0	Daten des Arztes im Qualifizierungsjahr
1.1	Qualifizierungsassistent
(Titel) Name, Vorname des Qualifizierungsassistenten	
Geburtsdatum	
1.2	Privatanschrift / Kontaktdaten
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.



1.3 Arztregisterauszug / Facharztanerkennung	
<input type="checkbox"/>	Ich bestätigte, dass ich im Arztregister der KVWL eingetragen bin.
<input type="checkbox"/>	Eine Kopie der Facharzturkunde ist dem Antrag beizufügen.

2.0 Praxisdaten	
Weiterbildungsbefugter Arzt:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	

3.0 Bisherige Tätigkeiten		
3.1 Stationäres Beschäftigungsverhältnis		
Das aktuelle stationäre Beschäftigungsverhältnis besteht seit dem _____ und wird zum _____ beendet.		
<input type="checkbox"/>	Ein Nachweis über die Kündigung des bisherigen Anstellungsverhältnisses ist beizufügen.	Der Nachweis ist vor Beginn des Qualifizierungsjahres einzureichen.
<input type="checkbox"/>	Kopie des Gehaltsnachweises des letzten stationären Beschäftigungsmonats des Arztes im Qualifizierungsjahr ist beizufügen.	Die Höhe der Förderung orientiert sich am letzten Bruttogehalt des Arztes im Krankenhaus.
3.2 Ich versichere, dass ich vor Beginn der Qualifizierungsmaßnahme in der o.g. Praxis...		
<input type="checkbox"/>	noch nicht im vertragsärztlichen ambulanten Bereich tätig war.	
<input type="checkbox"/>	die Qualifizierungsmaßnahme nicht im Bereich der KV Nordrhein absolviert habe.	
<input type="checkbox"/>	die Qualifizierungsmaßnahme im Bereich der KV Nordrhein für die Zeit vom _____ bis _____ absolviert habe.	

4.0 Verpflichtungen des Qualifizierungsassistenten	
1.	Ich bin mit den Voraussetzungen des Konsenspapieres zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der Ausführungsbestimmungen der KVWL für die Zuschussgewährung einverstanden. Das Merkblatt „steuerliche Hinweise“ habe ich hinsichtlich der Abführung der Lohnsteuer und der Beiträge zur Sozialversicherung zur Kenntnis genommen.
2.	Hiermit verpflichte ich mich, bei Änderung meines Namens und meiner Adresse diese der KVWL mitzuteilen.
3.	Hiermit erkläre ich, das Qualifizierungsjahr in der Praxis des Antragstellers zur Vertiefung der Kenntnisse in der Allgemeinmedizin zu absolvieren.



4. Hiermit verpflichte ich mich, nach Abschluss der Hälfte des Qualifizierungsjahres eine Niederlassungsberatung bei der KVWL in Anspruch zu nehmen.
5. Auf Forderung der KVWL, bestätige ich nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses in Form eines Erklärungsschreibens der KVWL, dass die Förderbeträge in voller Höhe (Bruttobeträge) an mich weitergegeben wurden.
6. Ich bestätige der KVWL nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses in Form eines Erklärungsschreibens, dass die Förderbeträge in voller Höhe (Bruttobeträge) durch den Praxisinhaber an mich weitergegeben wurden.

5.0 Erklärung zur Datenerhebung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Qualifizierungsassistenten

6.0 Hinweise

Zusätzliche Fördermittel durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)

Bitte informieren Sie sich frühzeitig ob eine zusätzliche Förderung zur Beschäftigung eines Qualifizierungsassistenten durch das MAGS möglich ist.

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



<https://www.mags.nrw/foerderung-der-niederlassung>

Ist eine zusätzliche Förderung möglich, nehmen Sie vorab mit der jeweiligen Bezirksregierung zwecks Beantragung eines vorzeitigen Maßnahmenbeginns Kontakt auf.

Kontaktdaten:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin
Rufnummer: 0231 9432 9400
Faxnummer: 0231 9432 80402
Mail: kosta@kvwl.de
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

