

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

per Fax: 03643 559-791 oder E-Mail: sicherstellung@kvt.de

**ANTRAG auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Arztes / einer Ärztin in Weiterbildung in der Vertragsarztpraxis/MVZ nach § 32 Ärzte-ZV**

**Angaben über die Vertragsarztpraxis/das MVZ**

Name, Vorname des weiterbildenden Arztes / der weiterbildenden Ärztin

Fachgebiet

Praxisanschrift

Genehmigung zur Beschäftigung für den Zeitraum vom ..... bis .....

ganztags (mindestens 40 Wochenstunden)

Teilzeitweiterbildung für ..... Wochenstunden

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

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

Name, Vorname: ..... Geburtsname: .....

Wohnanschrift: ..... Geburtstag: .....

..... Geburtsort: .....

..... Staatsangehörigkeit: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

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

Promotion am: ..... durch: .....

Meldung bei Landesärztekammer: ..... Mitgliedsnummer: .....

Ausbildung zum Facharzt für: .....

Ort, Datum

Unterschrift weiterbildender Vertragsarzt bzw.  
Ärztliche Leitung MVZ