

Meine Praxis/unsere Berufsausübungsgemeinschaft/das MVZ hat die Genehmigung zur Beschäftigung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung durch die KV Thüringen und ist gemäß den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen als Weiterbildungsstätte anerkannt.

Ich bestätige, dass die fachärztliche Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt

für von Herrn/Frau unter meiner Aufsicht ununterbrochen entsprechend der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen durchgeführt wird.

Zur direkten Weiterleitung an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung beantrage ich in der Zeit

vom bis einen monatlichen Zuschuss für eine (bitte ankreuzen):

O ganztägige Weiterbildung in Höhe von EURO 5.400,00

O Teilzeitweiterbildung für Wochenstunden

Bei einer Teilzeitweiterbildung erfolgt die Förderung anteilig entsprechend des Beschäftigungsumfangs.

Die Mindestdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte beträgt bei ganztägiger Beschäftigung mindestens 6 Monate. Die Weiterbildung sollte planmäßig innerhalb der vorgegebenen Weiterbildungszeit abgeleistet werden.

Der Förderbetrag wird von der KV Thüringen monatlich an den Praxisinhaber überwiesen. Der Förderbetrag ist als Zuschuss zum Bruttogehalt, der von dritter Stelle gezahlt wird, zu betrachten. Die dafür fällige Lohnsteuer und die Beiträge zur Sozialversicherung sind über die Praxis abzuführen, wobei der Arbeitgeber seinen Anteil selbst zu tragen hat. Der Zuschuss wird nur für solche Zeiten gewährt, die im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung angerechnet werden können. Zeiten, die im Rahmen der Weiterbildung nicht angerechnet werden können, wie z. B. Schwangerschaft, Wehrdienst, Krankheit etc., werde ich der KV Thüringen unverzüglich anzeigen.

Die Vergabe der Fördermittel erfolgt grundsätzlich nach der Reihenfolge der Antragseingänge bis zur Ausschöpfung der jahresbezogenen zweckgebundenen Finanzmittel aus dem Strukturfonds.

Bei **vorzeitigem Abbruch** der Weiterbildungsmaßnahme innerhalb des geförderten Zeitraumes sowie bei Vorliegen von Fehlzeiten, die nicht auf Krankheit beruhen oder als Urlaub anzurechnen sind, werde ich umgehend die KV Thüringen informieren.

Ich verpflichte mich, nach Beendigung des jeweiligen Weiterbildungsabschnitts der KV Thüringen einen Nachweis über die an die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung weitergegebenen Förderbeträge, ggf. mittels Bescheinigung des Steuerberaters, zuzusenden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber
bzw. ärztliche Leitung MVZ

Von diesen Ausführungen habe ich Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Anlage
Erklärung der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 1)

(durch die Ärztin/den Arzt in Weiterbildung auszufüllen)

ERKLÄRUNG der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

.....
Name, Vorname und ggf. Geburtsname der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

.....
Anschrift (Straße, Nr., Ortsteil, PLZ, Ort, Telefon)

Ich erkläre:

- **die fachärztliche Weiterbildung im Fachgebiet zu absolvieren und die Teilnahme an der Facharztprüfung innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Abschluss der gesamten Weiterbildung nachzuweisen,**
- **die Absicht, nach Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich im geförderten Fachgebiet tätig zu sein.**

Bitte beachten:

Die Förderung erfolgt nur für Weiterbildungsabschnitte im Rahmen der Mindestweiterbildungszeit

Die Weiterbildung erfolgt (bitte ankreuzen):

ganztägig Teilzeitweiterbildung für Wochenstunden

in der Zeit vom bis bei Herrn/Frau

Bestehen für den Förderzeitraum im Rahmen des ambulanten Weiterbildungsabschnittes weitere Weiterbildungs- bzw. Arbeitsverträge mit Dritten:

ja nein

Die fachärztliche Weiterbildung wurde am begonnen.

Folgende bisher absolvierte Weiterbildungsabschnitte werden durch die Landesärztekammer angerechnet:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Monate im Fachgebiet | <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> stationär |
| Monate im Fachgebiet | <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> stationär |
| Monate im Fachgebiet | <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> stationär |
| Monate im Fachgebiet | <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> stationär |
| Monate im Fachgebiet | <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> stationär |
| Monate im Fachgebiet | <input type="radio"/> ambulant | <input type="radio"/> stationär |

Als Nachweis füge ich die Bestätigung der Weiterbildungsabschnitte durch die Landesärztekammer Thüringen bei.

Zeiten, die im Rahmen der Weiterbildung nicht angerechnet werden können, wie z. B. Schwangerschaft, Wehrdienst, Krankheit etc., werde ich der KV Thüringen unverzüglich anzeigen.

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Fördermitteln (Blatt 2)

1. Die KV Thüringen gewährt der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung zur Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung einen widerruflichen Zuschuss. Der Zuschuss wird anteilig bei Fehlzeiten, die nicht auf Krankheit beruhen oder als Urlaub anzurechnen sind, gekürzt.
2. Die Ärztin/der Arzt verpflichtet sich, der KV Thüringen nach Abschluss der Weiterbildung die Teilnahme an der Facharztprüfung innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nachzuweisen.
3. Bei vorzeitigem Abbruch der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung bzw. bei vorzeitigem Abbruch des genehmigten Weiterbildungsabschnitts, ist die KV Thüringen unverzüglich zu unterrichten.
4. Sofern die Teilnahme an der Facharztprüfung innerhalb der o. g. Frist nicht vorgelegt wird, behält sich die KV Thüringen vor, den Weiterbildungsstand über die zuständige Ärztekammer festzustellen.
5. Die Ärztin/der Arzt verpflichtet sich, bei Änderung des Namens und der Adresse sowie bei Änderung der Ärztekammer-Zuständigkeit diese der KV Thüringen mitzuteilen. Diese Regelung gilt bis zum Nachweis über die Teilnahme an der Facharztprüfung.
6. Die vom Zuschuss zu zahlende Lohnsteuer und die Beiträge zur Sozialversicherung werden nicht über die KV Thüringen, sondern vom Praxisinhaber abgeführt bzw. getragen.

Mit den Voraussetzungen für die Zuschussgewährung bin ich einverstanden.

Ich stimme der Verwendung der benötigten Daten zu. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben werden dabei berücksichtigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber bzw. ärztliche Leitung MVZ