

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Sicherstellung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

A N T R A G auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten in der Vertragsarztpraxis nach § 32 Ärzte-ZV

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung nach § 32 Ärzte-ZV benötigt. Eine Verweigerung der Angaben kann zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird.

Anschrift der Vertragsarztpraxis:

Name, Vorname:

Gebietsbezeichnung:

Ort:

Ich/Wir beantrage(n) die Genehmigung für die Zeit:

vom:..... bis:

für Stunden pro Woche.

Angaben zum Sicherstellungsassistent/-in:

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

Geburtstag: Geburtsort:

Wohnanschrift: Telefon:

Approbation als Ärztin/Arzt**) vom: durch:

Facharztanerkennung**):

bei Landesärztekammer gemeldet: ja / nein in

**) Bitte bei nicht in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen registrierter/registrierten Ärztin/Arzt eine amtlich beglaubigte Abschrift beifügen.

b.w.

Die Beschäftigung des Sicherstellungsassistenten wird beantragt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- aus Gründen der Aus- und Weiterbildung (bitte einen Nachweis über die Weiterbildungsmaßnahme beifügen),
- aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei länger andauernder Krankheit (bitte ein ärztliches Attest sowie umfassende Stellungnahme beifügen), zunächst bis zu einer Dauer von 2 Jahren,
- aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, wenn die Vertragsärztin/der Vertragsarzt das 65. Lebensjahr vollendet hat, bis zu einer Dauer von 2 Jahren
- aus Gründen der Erziehung von Kindern – längstens bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss (bitte eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes beifügen),
- aus Gründen der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten (bitte eine ärztliche Bescheinigung zur Pflegebedürftigkeit beifügen).

kurze Begründung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Vertragsarztes