

Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Weiterbildungsassistenten

Name des Vertragsarztes : _____

niedergelassen in : _____

niedergelassen seit : _____

Fachgebiet : _____

Name des Assistenten : _____

Weiterbildung zum Facharzt für : _____

Beschäftigungszeitraum : _____

- in Vollzeit *)

- in Teilzeitbeschäftigung *)

(bei Absolvierung der Weiterbildung nach der „alten“
WBO (1996) muss die Teilzeitweiterbildung von der
Ärztchammer genehmigt sein und nachgewiesen werden)

Diesem Antrag sind beizufügen:

*** die Approbationsurkunde des Weiterbildungsassistenten**

*** der Weiterbildungsvertrag in Kopie**

*** Erklärung zum Ablauf der bisherigen Weiterbildungszeiten** (Vordruck s. Anlage)

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
und Praxisstempel

*) nichtzutreffendes bitte streichen

Bisher absolvierte Weiterbildung zum Facharzt für _____

Meine Weiterbildung begann am und erfolgte bisher in dem

Fachgebiet: _____

vom: _____ bis _____

Weiterbildungsleiter: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Fachgebiet: _____

vom: _____ bis _____

Weiterbildungsleiter: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Fachgebiet: _____

vom: _____ bis _____

Weiterbildungsleiter: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Fachgebiet: _____

vom: _____ bis _____

Weiterbildungsleiter: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Fachgebiet: _____

vom: _____ bis _____

Weiterbildungsleiter: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

ggf. durch weitere Angaben zum vollständigen Nachweis ergänzen

Unterschrift des Weiterbildungsassistenten

Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 e Ärzte-ZV

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es innerhalb der letzten fünf Jahre auch nicht gewesen bin, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und dass bei mir keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenstehen.

Des weiteren erkläre ich, dass gegen mich kein Strafverfahren bzw. Ermittlungsverfahren anhängig ist, dass ich keine Versorgungsrente beziehe und keine Bezüge wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit erhalte.

Name, Vorname

Wohnort

Datum

Unterschrift des Assistenten