



## Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

### Antrag auf Förderung der Weiterbildung

zum „Facharzt für Allgemeinmedizin“ bzw. „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“  
(gemäß Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung)

Der/die Arzt/Ärztin in Weiterbildung \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

bildet sich auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung zum FA für  
Allgemeinmedizin / FA für Innere und Allgemeinmedizin (**entsprechendes bitte  
unterstreichen**) weiter.

Das Dienstverhältnis beginnt am: \_\_\_\_\_

und endet am: \_\_\_\_\_

Die Ausbildung ist der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern gemeldet.

Werden während des Weiterbildungszeitraumes Gehalt oder Zuschüsse von anderen  
Institutionen bezogen (z.B. Bundeswehr, Arbeitsamt) ?

nein  ja  .....

Die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zur  
Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten in der Praxis ist erteilt/wurde beantragt.

#### Hinweis:

**Eine kürzere Dauer der Weiterbildungsförderung als drei Monate ist bei ganztätiger  
Beschäftigung nicht förderungsfähig. Deshalb bleibt für den Fall, dass die  
vorgegebene Mindestdauer der Weiterbildungsförderung nicht erfüllt wird, die  
Rückforderung der gezahlten Fördermittel ausdrücklich vorbehalten.**

**Bei vorzeitiger Beendigung oder bei vorzeitigem Abschluss der Weiterbildung ist die  
Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, den Gehaltskostenzuschuss anteilig vom  
Honorarkonto einzubehalten.**

\_\_\_\_\_  
(Ort)

den \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Praxisinhabers)

\_\_\_\_\_  
(Arzt in Weiterbildung)

**bitte wenden**

**Dem Antrag sind beizufügen:**

- der vollständige Weiterbildungsvertrag in Kopie
- Nachweis des Arztes in Weiterbildung über den Wohnsitz in Mecklenburg Vorpommern (z.B. Kopie des Personalausweises)
- Nachweis des Arztes in Weiterbildung über seine Mitgliedschaft in der Ärztekammer M/V
- Erklärung zum Verlauf der bisherigen Weiterbildungszeiten (Vordruck s. Anlage 1)
- Erklärung über die weiterhin geplanten Weiterbildungszeiten (Vordruck s. Anlage 2)
- Verpflichtungserklärungen des Arztes in Weiterbildung (Vordruck s. Anlage 3) und des weiterbildenden Arztes (Vordruck s. Anlage 4)

**Vom Arzt in Weiterbildung auszufüllen:**

**Bisher absolvierte Weiterbildungsabschnitte zum Facharzt für  
Allgemeinmedizin bzw. Innere und Allgemeinmedizin** (entsprechendes bitte  
unterstreichen)

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: \_\_\_\_\_

ggf. durch weitere Angaben zum vollständigen Nachweis ergänzen (Teilzeitweiterbildungen extra kennzeichnen)

Ich erkläre mich bereit, auf Anforderung der KVMV eine Bestätigung der Ärztekammer vorzulegen, aus der ersichtlich wird, welche Weiterbildungszeiten noch abzuleisten sind.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

**Vom Arzt in Weiterbildung auszufüllen:**

**Nach Absolvierung des beantragten Weiterbildungsabschnittes plane ich zur Vervollständigung der Weiterbildung folgende Weiterbildungsabschnitte:**

Fachgebiet : \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Weiterbildung geplant:                      stationär      ?                      ambulant      ?

Fachgebiet : \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Weiterbildung geplant:                      stationär      ?                      ambulant      ?

Fachgebiet : \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Weiterbildung geplant:                      stationär      ?                      ambulant      ?

**Nach Absolvierung des beantragten Weiterbildungsabschnittes habe ich die gemäß Weiterbildungsordnung MV notwendige Weiterbildungszeit vollständig absolviert**

**Ja      ?**

**Nein   ?**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

## **Verpflichtungserklärung – Arzt in Weiterbildung**

### **I.**

Ich verpflichte mich gemäß § 3 Anlage 1 der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin, dass ich den in der Praxis des Antragstellers ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil meiner Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin nutze und dass ich die Absicht habe, nach Beendigung der Weiterbildung als Hausarzt tätig zu sein.

Mein voraussichtlicher Prüfungstermin findet am .....(Monat/Jahr) statt.

### **II.**

Ich verpflichte mich, die Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gemäß § 4 Abs. 1 der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin, jeweils zum Ende eines Jahres bzw. nach Beendigung des finanziell geförderten Weiterbildungsabschnittes schriftlich über die Inhalte dieser Weiterbildung im abgelaufenen Jahr zu informieren.

### **III.**

Ich verpflichte mich, nach Abschluss der Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin und Allgemeinmedizin die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern über die bestandene Facharztprüfung und über die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in einem anderem KV-Bereich in Kenntnis zu setzen.

### **IV.**

Ich verpflichte mich, am Ende des Weiterbildungsabschnittes eine Einschätzung über die Qualität der Weiterbildung anhand eines von der Kassenärztlichen Vereinigung MV zugesandten Fragebogens zu geben.

### **V.**

Mir ist bekannt, dass bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtungen die Kassenärztliche Vereinigung M/V berechtigt ist, die für die Weiterbildung gezahlten Förderungsbeträge von mir zurückzufordern.

### **VI.**

Ich erkläre, dass ich mit der Datenspeicherung und der Übermittlung für die in der Fördervereinbarung genannten Zwecke, insbesondere gemäß § 8 der Vereinbarung (Evaluation) benötigten Daten, einverstanden bin. Im Übrigen bleiben die datenschutzrechtlichen Vorgaben unberührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

## Verpflichtungserklärung – Weiterbildender Arzt

### I.

Ich verpflichte mich, die genehmigten Fördermittel in voller Höhe an den Arzt in Weiterbildung durch Zahlung eines Bruttogehalts mindestens in Höhe der durch die Kassenärztliche Vereinigung MV an mich überwiesenen Fördermittel abzuführen und dies anhand eines entsprechenden Nachweises (z.B. Bescheinigung des Steuerberaters) der Kassenärztlichen Vereinigung MV am Ende des Weiterbildungsabschnittes zu bestätigen.

### II.

Ich verpflichte mich, dass ich sofern die Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung in meiner Praxis nicht im Rahmen einer Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erfolgt, die Förderung an die Kassenärztliche Vereinigung MV zurückzahle.

### III.

Ich verpflichte mich, den Arzt in Weiterbildung zum Besuch von Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu einem Tag im Quartal freizustellen .

### IV.

Ich verpflichte mich, ein vorzeitiges Ausscheiden des Arztes in Weiterbildung aus meiner Praxis unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung MV anzuzeigen.

### V.

Ich verpflichte mich, der KVMV am Ende der Weiterbildung Bericht über die durchgeführten Weiterbildungsinhalte zu erstatten.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift des Weiterbilders  
Praxisstempel