

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Sicherstellung  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / SicherstellungE-Mail: [arzt-werden@kvbb.de](mailto:arzt-werden@kvbb.de)

Fax: 0331 - 2309533

## Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung von Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung gem. § 32 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### Antragsteller:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Weiterbilder: \_\_\_\_\_

(bei Abweichungen zum Antragsteller z.B. MVZ)

Facharzt für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Praxisort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Hiermit beantrage ich die Beschäftigung im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin                 | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin                         |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde                   | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Neurologie  |
| <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie                    |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde        | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie                                |
| <input type="checkbox"/> Urologie                         |  |
| <input type="checkbox"/> _____<br>anderes Fachgebiet      |  |

### Arzt/Ärztin in Weiterbildung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Zeitraum:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsumfang:

- 
- ganztägig
- 
- 20h/Woche
- 
- 30h/Woche
- 
- \_\_\_ h/Woche

Bitte geben Sie an, aus welchem Grund Sie eine/n Ärztin/Arzt in Weiterbildung beschäftigen möchten:

- zwecks Weiterbildung zur Erlangung einer Facharztanerkennung/Schwerpunktanerkennung oder Zusatzbezeichnung (**Achtung: deutsche Approbation zwingend erforderlich!**)

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- Kopie der Befugnis zur Weiterbildung der Landesärztekammer Brandenburg
- Arbeitsvertrag mit der/dem Ärztin/Arzt in Weiterbildung
- Sollte die/der Ärztin/Arzt derzeit in keinem weiteren Arbeitsverhältnis stehen, wird eine formlose Erklärung über diesen Sachverhalt benötigt.

Ansonsten ist eine Bescheinigung der/des Ärztin/Arztes bzw. des Krankenhauses beizufügen, aus der hervorgeht, dass sie/er für die betreffende Tätigkeit vom Krankenhaus oder sonstigen Arbeitgeber freigestellt ist.

- Kopie der Approbationsurkunde der/des Ärztin/Arztes in Weiterbildung
- falls bereits ein Facharztabschluss vorhanden ist, die Kopie der Facharzturkunde

- Ausbildung zur Vorbereitung auf die Kenntnisstandprüfung (**Achtung: Berufserlaubnis erforderlich!**)

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- für die Genehmigung der Beschäftigung zur Vorbereitung auf die Kenntnisstandprüfung, die Kopie der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes im Land Brandenburg gemäß § 10 der Bundesärzteordnung (Berufserlaubnis)

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständig gestellte Anträge bearbeitet werden!  
Von Teileinsendungen bitten wir abzusehen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
des Antragstellers