

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Zulassung Sicherstellung  
Sachgebiet Sicherstellung  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

weiterbildung@kvbawue.de  
Fax: 0711 7875-483900

**Absender/Stempel**

# Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten

aufgrund der derzeit geltenden Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

**Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten**

## Antragsteller:

\_\_\_\_\_  
LANR des Antragstellers oder des ärztlichen Leiters eines MVZ

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Praxis oder des MVZ

\_\_\_\_\_  
Facharztbezeichnung

## Arzt, dem der Assistent zugeordnet wird:

**Der beantragte Assistent soll folgendem Arzt zugeordnet werden:**

- dem Antragsteller persönlich oder
- folgendem beim Antragsteller tätigen Arzt

\_\_\_\_\_  
LANR des Arztes, dem der Assistent zugeordnet wird

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

- Angestellter Arzt in o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft
- Vertragsarzt im o. g. MVZ
- Angestellter Arzt im o. g. MVZ

**Assistent:**

\_\_\_\_\_  
 Titel, Name, Vorname des Assistenten

\_\_\_\_\_  
 Anschrift des Assistenten

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Geburtsort

für die Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- ganztags
- halbtags
- \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

**Ausbildung zur Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung**

**Ausbildung zum Erwerb der Approbation (ohne Kenntnisprüfung)**

Der Vertragsarzt hat sich vor Beginn des Beschäftigungsverhältnisses davon zu überzeugen, dass der Assistent über eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Bundesärzteordnung – bezogen auf die Tätigkeit in dieser Weiterbildungsstätte – verfügt.

Nach § 19 Absatz 1 Satz 3 Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen die Beschäftigung von ärztlichen Mitarbeitern der zuständigen Bezirksärztekammer anzeigen. Der ärztliche Mitarbeiter muss sich selbst bei der zuständigen Bezirksärztekammer anmelden.

Bisher wurden folgende Weiterbildungsabschnitte und Beschäftigungszeiten in einem der Europäischen Union angehörenden Land ausgeübt (um Rückfragen zu vermeiden bitte auch Fehlzeiten, wie z. B. Elternzeit angeben). Alternativ besteht die Möglichkeit, uns einen aktuellen Lebenslauf mit entsprechenden Zeugniskopien des Assistenten beizufügen.

Praxis/Klinik/ sonst. Einrichtung	im Gebiet	von	bis	Vollzeit	Teilzeit in %

Die Tätigkeit darf nicht meiner persönlichen Entlastung oder Praxisvergrößerung dienen. Ein vorzeitiges Ausscheiden des Assistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus übernehme ich die im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses einschlägigen Verpflichtungen als Arbeitgeber. Dies schließt auch die Zahlung eines regelmäßigen Arbeitsentgelts ein. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Beschäftigung von Assistenten eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person erhebt und speichert.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes/des ärztlichen Leiters MVZ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Assistenten

## Checkliste

**Diesem Antrag wurden folgende Unterlagen beigelegt:**

- Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung/Facharztanerkennung (falls vorhanden) des Arztes in Weiterbildung