



**Ergänzung zum Erhebungsbogen
bei Beantragung einer gemeinsamen Befugnis
„Weitere Antragsteller“**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Die Befugnis mit gemeinsam beantragt mit Vorname Name	
Antragsteller Vorname Name	

Tätigkeit in der stationären Versorgung als ...				
<input type="checkbox"/> Chefarzt/Leitender Arzt			<input type="checkbox"/> Oberarzt	
<input type="checkbox"/> Leitender Oberarzt			<input type="checkbox"/> Facharzt	
<input type="checkbox"/> sonstiges				
in ...				
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /	h/Woche

Zusätzlich zur stationären Tätigkeit	
KV-Ermächtigung für	

Tätigkeit an der ambulanten Versorgung als ...				
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt				
<input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag			<input type="checkbox"/> Mit einem <u>häufigen</u> Versorgungsauftrag	
<input type="checkbox"/> Anderer Umfang:				
<input type="checkbox"/> <u>angestellter</u> Arzt in der ambulanten Versorgung				
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /	h/Woche

<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
--------------------------	-------------------	--

Weitere Tätigkeiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, als angestellter Arzt in einem Krankenhaus, MVZ oder als Belegarzt etc.			
in einem Umfang von			Wochenstunden
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes			

<input type="checkbox"/>	Als Belegarzt	
Bei einer Belegarztstätigkeit Anzahl der Belegbetten (Bitte entsprechende Kopie des Belegarztvertrages beifügen.)		
Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr		

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

durchschnittliche Fallzahl/Quartal des Antragstellers in der ambulanten Tätigkeit	
---	--

Teilnahme an Qualitätssichernden Maßnahmen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche			

Bei der Beantragung einer WB-Befugnis für den ambulanten Bereich

Ich bin damit einverstanden, dass eine beglaubigte Kopie des Bescheides über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern überreicht wird.

Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht einverstanden sind!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Bitte legen Sie folgende Anlagen dem Antrag bei:

(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht, bitte als Anlage beifügen)

1. beruflicher Werdegang,
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder in der WB-Stätte,
3. bei operativen Fächern: ein persönlicher Operationskatalog der letzten zwei Jahre (keine OPS-Übersicht!),
4. Kompetenzbogen für die beantragte Weiterbildung (bitte bei der ÄK anfordern)
5. Formular: Erklärung zur Bereitschaft der Teilnahme an Verbundregelungen (bei Fachgebiet)
6. Für die Beantragung einer WB-Befugnis im ambulanten Bereich: aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)

Das entsprechende Formular für Punkt 5 finden Sie unter:

www.aek-mv.de / *Ärzte / Weiterbildung / Antrag WB-Befugnis / Anlagen zum Antrag*