

## Erklärung der Einrichtung gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

### Angaben zur Antrag stellenden Einrichtung

<b>IK-Nr.:</b> _____	<b>Einrichtung nach § 108 SGB V</b> <input type="checkbox"/>
<b>Einrichtung:</b> _____	<b>Einrichtung nach § 111 SGB V</b> <input type="checkbox"/>
_____	<b>Verlängerungsantrag</b> <input type="checkbox"/>
_____	<b>Kontaktdaten für Rückfragen</b>
<b>Standort:</b> _____	<b>Name:</b> _____
<b>Postanschrift:</b> _____	<b>Tel.-Nr.:</b> _____
_____	_____
_____	<b>E-Mail:</b> _____
<b>Bundesland:</b> _____	_____

Die o.g. Einrichtung meldet der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als zentraler Registrierstelle, dass zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin eine umgewandelte Stelle besetzt wird. Diese Meldung bezieht sich auf die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK).

#### Folgende Kriterien/Unterlagen wurden beachtet/sind beigefügt:

- (1) Besetzung der umgewandelten Stelle mit einer Bewerberin/einem Bewerber, die/der mit einer schriftlichen Erklärung ihre/seine Absicht erklärt, den im stationären Bereich anrechenbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen (Erklärung ist im Original beigefügt).
- (2) Die erforderlichen Befugnis- und Zulassungsanträge wurden gegebenenfalls bei den zuständigen Stellen der Länder gestellt.
- (3) Dem Antragsteller liegt die schriftliche Einwilligung der Bewerberin/des Bewerbers zur Datenübermittlung im Sinne der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung vor (Einwilligung ist im Original beigefügt).

### Angaben zur besetzten Stelle

<b>Name und Vorname des Arztes in Weiterbildung:</b> _____	
<b>1. Fachgebiet/ Abschnitt</b> _____	<b>Beginn:</b> _____ <b>Ende:</b> _____
<b>Vollzeittätigkeit:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Teilzeittätigkeit in Prozent:</b> _____ %
<b>2. Fachgebiet/ Abschnitt</b> _____	<b>Beginn:</b> _____ <b>Ende:</b> _____
<b>Vollzeittätigkeit:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Teilzeittätigkeit in Prozent:</b> _____ %
<b>3. Fachgebiet/ Abschnitt</b> _____	<b>Beginn:</b> _____ <b>Ende:</b> _____
<b>Vollzeittätigkeit:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Teilzeittätigkeit in Prozent:</b> _____ %

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

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

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift

## Erklärung des Arztes in Weiterbildung gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

### Angaben des Arztes in Weiterbildung

**Anrede:** \_\_\_\_\_ **Titel:** \_\_\_\_\_  
**Name:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Straße, Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsname:** \_\_\_\_\_ **Arzt-Nr.:** \_\_\_\_\_

### Angaben zum bisherigen Weiterbildungsverlauf

Beginn	Ende	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) erkläre ich, folgende(n) Weiterbildungsabschnitt(e) zum Zwecke meiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen:

### Angaben zum geplanten Weiterbildungsverlauf (12 Monate sind verpflichtend anzugeben)

Beginn	Ende	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte

**Ich absolviere die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach den Richtlinien der fünfjährigen Weiterbildungsordnung in Kraft getreten am:** \_\_\_\_\_

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

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

## Einwilligung in die Datenübermittlung gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_

(1) Im Rahmen der Umsetzung der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) erkläre ich mich damit einverstanden, dass die nachfolgend aufgezählten Daten über meine Person unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert, geändert bzw. gelöscht und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft als zentrale Registrierstelle im Sinne der o.g. Vereinbarung übermittelt werden können.

- a. Familienname, Vorname und Anschrift
- b. Geburtsdatum und Geburtsname
- c. Arzt-Nummer
- d. Erklärung zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- e. Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über die Anerkennung der abgeleiteten Weiterbildungszeit im Sinne des Programms zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung (incl. Zeugnis/Zwischenzeugnis der weiterbildenden Einrichtung).

(2) Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Umsetzung der o. g. Vereinbarung diese Daten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), den Verband der Privaten Krankenversicherung, die zuständigen Koordinierungsstellen gemäß § 2 Abs. 3 der Vereinbarung sowie die Bundesärztekammer (BÄK) übermitteln kann.

(3) Ferner willige ich ein, dass im Rahmen des Nachweisverfahrens ein Zeugnis/Zwischenzeugnis an die zuständige Ärztekammer und von dort aus eine personenbezogene Bescheinigung über die Anerkennungsfähigkeit des abgeleiteten Weiterbildungsabschnittes an die Weiterbildungsstätte übermittelt werden darf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung