

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

Angaben zur Antrag stellenden Einrichtung

IK-Nr.: ? Einrichtung nach § 108 SGB V ?
Einrichtung: ? Einrichtung nach § 111 SGB V ?
Verlängerungsantrag

Kontaktdaten für Rückfragen

Standort: ? **Anrede:**
Postanschrift: Name:
Tel.-Nr.
E-Mail:

Bundesland:

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

Name und Vorname des Arztes in Weiterbildung:

1. Fachgebiet/ Abschnitt	?	Beginn:	Ende:	?
		Vollzeit:	Teilzeit:	
2. Fachgebiet/ Abschnitt		Beginn:	Ende:	
		Vollzeit:	Teilzeit:	
3. Fachgebiet/ Abschnitt		Beginn:	Ende:	
		Vollzeit:	Teilzeit:	

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