

Förderliste Jahresabschluss 2010 der KV _____

gemäß § 6 Abs. 1 der Anlage I der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
lfd.-Nr.	Nr. des Arztes in Weiterbildung	Nachname des geförderten Arztes in Weiterbildung	Titel des geförderten Arztes in Weiterbildung	Vorname des geförderten Arztes in Weiterbildung	Geschlecht des geförderten Arztes in Weiterbildung (m/w)	Geburtsdatum des geförderten Arztes in Weiterbildung (TT.MM.JJ)	Nachname des weiterbildenden Arztes	Titel des weiterbildenden Arztes	Vorname des weiterbildenden Arztes	Praxisort	PLZ des Praxisorts	Name des Planungsbereichs (in der Bedarfplanung)	Handelt es sich zum Zeitpunkt des Förderbeginns um einen Planungsbereich für den eine Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt wurde (ja/nein)	Handelt es sich zum Zeitpunkt des Förderbeginns um einen Planungsbereich für den eine drohende Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt wurde (ja/nein)	Facharztbezeichnung des weiterbildenden Arztes	Anzahl der geförderten Monate (Vollzeit)	Jahresübergreifende Förderung (ja/nein)	Vollzeit-(1) / Teilzeitstelle (0,5)	Beginn dieser Fördermaßnahme (TT.MM.JJ)	Ende dieser Fördermaßnahme (TT.MM.JJ)	Förderbetrag in Euro (Gesamtbetrag aus Kostenträger- und KV-Anteil)	Förderbetrag in Euro (KV Anteil)		
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								
32																								
33																								
34																								
35																								
36																								
37																								
38																								
39																								
40																								
41																								
42																								
43																								
44																								
45																								
46																								
47																								
48																								
49																								
50																								
Summen:																0,0	Summen:					0,0	0,0	

**Übersicht der Zuschüsse von für die hausärztliche Weiterbildung relevanten Weiterbildungskursen oder ähnlichen
Qualifikationsmaßnahmen 2010 der KV _____**

gemäß § 6 Abs. 3 der Anlage I der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung

lfd.- Nr.	Nr. des Arztes in Weiterbildung	Nachname des geförderten Arztes in Weiterbildung	Titel des geförderten Arztes in Weiterbildung	Vorname des geförderten Arztes in Weiterbildung	Datum der Zuschuss- zahlung (TT.MM.JJ)	Gezahlter Zuschuss in Euro (Gesamtbetrag aus Kostenträger- und KV-Anteil)	Kursbezeichnung und Stundenzahl
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
					Summe:		

**Übersicht der Mitteilungen der abgeschlossenen Facharztprüfungen und Niederlassungen
2010 der KV _____**

gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 der Anlage I der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung

lfd.-Nr.	Nr. des Arztes in Weiterbildung	Nachname des geförderten Arztes in Weiterbildung	Titel des geförderten Arztes in Weiterbildung	Vorname des geförderten Arztes in Weiterbildung	Abschluss der Facharztprüfung (ja/nein)	Niederlassung/Anstellung (ja/nein)
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						

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

Angaben zur Antrag stellenden Einrichtung

IK-Nr.: _____	Einrichtung nach § 108 SGB V <input type="checkbox"/>
Einrichtung: _____	Einrichtung nach § 111 SGB V <input type="checkbox"/>
_____	Verlängerungsantrag <input type="checkbox"/>
_____	Kontaktdaten für Rückfragen
Standort: _____	Name: _____
Postanschrift: _____	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: _____
Vollzeittätigkeit: <input type="checkbox"/>	Teilzeittätigkeit in Prozent: _____ %
2. Fachgebiet/ Abschnitt _____	Beginn: _____ Ende: _____
Vollzeittätigkeit: <input type="checkbox"/>	Teilzeittätigkeit in Prozent: _____ %
3. Fachgebiet/ Abschnitt _____	Beginn: _____ Ende: _____
Vollzeittätigkeit: <input type="checkbox"/>	Teilzeittätigkeit in Prozent: _____ %

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 abgeleisteten 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 abgeleisteten Weiterbildungsabschnittes an die Weiterbildungsstätte übermittelt werden darf.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes in Weiterbildung

Nachweis über abgeschlossene Maßnahmen gemäß Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Angaben zur Einrichtung

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

- (1) Hiermit melden wir der DKG als zentraler Registrierstelle, dass der/die Weiterbildungsabschnitt(e) mit der/den unten genannten Registriernummer(n) im Rahmen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin absolviert wurde(n).
- (2) Die Weiterbildung erfolgte im/in den unten aufgeführten Fachgebiet(en).
- (3) Die Bescheinigung über die Anrechnungsfähigkeit der abgeleisteten Weiterbildungszeit im Sinne des Förderprogramms durch die zuständige Ärztekammer (auf der Basis des von der Einrichtung eingereichten Zwischenzeugnisses zum Jahreswechsel bzw. Endzeugnisses bei Beendigung des registrierten Weiterbildungsabschnittes) ist diesem Nachweis als Anlage beigefügt (Fotokopie). Die Bescheinigung Ärztekammer umfasst den bei der Registrierstelle bestätigten Förderzeitraum.

Angaben zur Stelle

Name und Vorname des Arztes in Weiterbildung:				<input type="text"/>	
1. Reg.-Nr.:	<input type="text"/>	Beginn:	<input type="text"/>	Ende:	<input type="text"/>
Fachgebiet:	<input type="text"/>	Vollzeittätigkeit:	<input type="checkbox"/>	Teilzeitumfang:	<input type="text"/> %
2. Reg.-Nr.:	<input type="text"/>	Beginn:	<input type="text"/>	Ende:	<input type="text"/>
Fachgebiet:	<input type="text"/>	Vollzeittätigkeit:	<input type="checkbox"/>	Teilzeitumfang:	<input type="text"/> %
3. Reg.-Nr.:	<input type="text"/>	Beginn:	<input type="text"/>	Ende:	<input type="text"/>
Fachgebiet:	<input type="text"/>	Vollzeittätigkeit:	<input type="checkbox"/>	Teilzeitumfang:	<input type="text"/> %

Der Teilnehmer hat den Weiterbildungsabschnitt an der o.g. Einrichtung vorzeitig beendet:

Bankverbindung

Kontoinhaber:	<input type="text"/>	Bank:	<input type="text"/>
Bankleitzahl:	<input type="text"/>	Kontonummer:	<input type="text"/>

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Nachweis über einen Weiterbildungskurs gemäß § 4 Abs. 7 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Angaben zur Einrichtung

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

	E-Mail: _____
Bundesland: _____	_____

Angaben zum Arzt in Weiterbildung

Anrede: _____	Titel: _____
Name: _____	Wohnort: _____
Vorname: _____	PLZ: _____
Geburtsdatum: _____	Straße, Nr.: _____
Geburtsname: _____	Arzt-Nr.: _____

(1) Hiermit melden wir der DKG als zentraler Registrierstelle, dass die/der genannte Teilnehmerin/Teilnehmer in einem für die hausärztliche Weiterbildung relevanten Weiterbildungskurs bzw. einer Qualifikationsmaßnahme gemäß § 4 Abs. 7 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung zusätzliche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben hat.

(2) Die Weiterbildungsstätte hat den auf sie entfallenden Kostenanteil gemäß § 4 Abs. 7 der o.g. Vereinbarung übernommen.

Angaben zum Weiterbildungskurs bzw. zur Qualifikationsmaßnahme

Beginn: _____	Ende: _____
Bezeichnung: _____	

Gesamtbetrag: _____ €	Erstattung: _____ €

Bankverbindung

Kontoinhaber: _____	Bank: _____
Bankleitzahl: _____	Kontonummer: _____

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Meldung gemäß § 2 Abs. 4 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in
der ambulanten und stationären Versorgung
Stand _____

(KV-) Bezirk	Anzahl der im jeweiligen Förderzeitraum besetzten Weiterbildungsstellen (bezogen auf eine Betrachtung als fiktive, jährliche Vollzeitstelle)	Anzahl der im nächsten Förderzeitraum vrss. besetzten Weiterbildungsstellen* (bezogen auf eine Betrachtung als fiktive, jährliche Vollzeitstelle)
1	2	3

* soweit abschätzbar; ggf. unter Berücksichtigung der Rest(laufzeit) bestehender Weiterbildungsverhältnisse